

Titi Savitri Prihatiningsih



**Titi Savitri Prihatiningsih** lahir dan menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah di Jakarta Selatan. Pendidikan dokter diselesaikan di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada tahun 1993, setelah cuti 1,5 tahun untuk menyelesaikan *Masters in Health Management, Planning and Policy* di *Nuffield Institute for Health, University of Leeds* pada tahun 1990-1991. Sempat bekerja sebagai *Project Management Officer* untuk bidang pendidikan tinggi dan pendidikan kedokteran pada *British Council Indonesia* di Jakarta dan *British Council UK* di

Manchester. Di sinilah minatnya pada pendidikan tinggi dan pendidikan kedokteran mulai tumbuh. Pada tahun 1995 mengundurkan diri dari *British Council* dan menjadi dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada sejak tahun 1996. Pertama ditempatkan di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Pada tahun 1998 ikut mengelola Proyek *Quality for Undergraduate Education (QUE)* FK UGM yang didanai oleh *World Bank*. Di sinilah minat lebih khusus terkait mutu pendidikan kedokteran mulai berkembang. Tahun 1998-2003, Penulis menyelesaikan *Masters and PhD in Medical Education* di *Dundee University*, dengan penelitiannya mengenai mutu pendidikan kedokteran. Pada tahun 2005 ikut menyusun proposal pendirian Bagian Ilmu Kedokteran dan menjadi Kepala Bagian yang pertama (2005-2008). Minatnya pada mutu pendidikan, membawanya untuk menjadi Asisten Wakil Dekan bidang Penjaminan Mutu (2003-2005), Wakil Dekan Bidang Akademik (2008-2011) dan Dekan (2011-2012). Serta ikut mendirikan dan menjadi anggota Kantor Jaminan Mutu UGM tahun 2003-2008. Aktif sebagai sekretaris pada Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI) tahun 2003-2011, menjadi *Executive Committee South East Asia Regional Association for Medical Education (SEARAME)* (2007-2018) dan menjadi Presiden SEARAME (2018-sekarang), juga sebagai anggota *Executive Council World Federation for Medical Education (WFME)* dari tahun 2018-sekarang. Minat pada mutu pendidikan mengantarkan penulis untuk aktif di *ASEAN University Network for Quality Assurance (AUNQA)* sejak tahun 2005 dan ikut menyusun *AUNQA Guidelines for External Assessment at Programme Level Version 1.0, Version 2.0 dan Version 3.0* serta *AUNQA Guidelines for External Assessment at Institutional Level Version 1.0*; serta menjadi *Senior Trainer*, anggota *AUNQA Executive Council* dan *Lead Assessor* antara tahun 2010-2018. Penulis ikut terlibat aktif pendirian Lembaga Akreditasi Mandiri untuk Pendidikan Tinggi Kesehatan melalui Proyek *Health Profession Education Quality Project (HPEQ)* pada tahun 2008-2011. Penulis menjadi Ketua Pokja penyusunan Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Standar Pendidikan Profesi Dokter Edisi 1 pada tahun 2004-2006, serta menjadi anggota Pokja pada Edisi II pada tahun 2009-2012. Saat ini penulis juga aktif sebagai Ketua Bidang Pendidikan PB Ikatan Dokter Indonesia (2018-sekarang), Penasehat Persatuan Dokter Nahdlatul Ulama, serta *Chair TUFH Taskforce on Social Accountability and Accreditation*, serta Ketua AIDIPROKESI (Asosiasi Pendidik Profesi Kesehatan Indonesia).

ISBN 978-602-6801-21-0



# Monograf Pengembangan Model Sistem Penjaminan Mutu untuk Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan



Penerbit  
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada  
Yogyakarta

# **PENGEMBANGAN MODEL SISTEM PENJAMINAN MUTU UNTUK PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

**TITI SAVITRI PRIHATININGSIH**



**PENERBIT  
FAKULTAS KEDOKTERAN, KESEHATAN MASYARAKAT,  
DAN KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS GADJAH MADA  
YOGYAKARTA**

Monograf Pengembangan Model Sistem Penjaminan Mutu Untuk  
Pendidikan Kedokteran dan Proefsi Kesehatan  
©2020, dr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD

All right reserved

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang  
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian  
atau seluruh isi buku tanpa ijin tertulis dari Penerbit

Penulis:

dr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD

Editor:

dr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD

Layout dan Disain Cover:

Siti Asiyah

Cetakan Pertama:

Desember 2020

No ISBN:

978-602-6801-21-0

Ukuran Buku: 15x23 cm

Jumlah halaman: xiv + 98

Penerbit:

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada  
Jalan Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta, 55281, Telp. (0274) 543278,  
543052; Faks.: (0274) 548846 Email: dekan.fk@ugm.ac.id

Percetakan:

Sumber Aksara Yogyakarta

Telp. 0274 - 546263

# KATA PENGANTAR

Alhamdulillah. Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang berkat rahmat dan hidayah-Nya, monograf yang berjudul “*Pengembangan Model Sistem Penjaminan Mutu Untuk Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan*” dapat terselesaikan dengan baik. Perjalanan panjang telah penulis lalui selama 22 tahun untuk dapat menyusun monograf ini. Dimulai dari keterlibatan penulis di Proyek *Quality for Undergraduate Education* (QUE) tahun 1998, kemudian penulis melanjutkan pendidikan dalam bidang *Masters* dan *Ph.D in Medical Education* tahun 1999–2003. Selama pendidikan ini, penulis banyak mempelajari bidang sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi dan pendidikan kedokteran. Penulis ikut mendirikan dan menjadi anggota Kantor Jaminan Mutu UGM tahun 2000 dan berkontribusi dalam menyusun Pedoman Penjaminan Mutu di UGM. Penulis ikut menyusun Buku *Guide to AUN-QA Assessment at Programme Level Version 1.0, 2.0 dan 3.0* serta *Guide to AUN-QA Assessment at Institutional Level Version 1.0*. Penulis ikut dalam upaya mendirikan Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan melalui Proyek *Health Profession Education Quality* tahun 2009–2011. Selain itu, pengalaman penulis sebagai asesor pada ASEAN University Network for Quality Assurance (AUN-QA) dan LAMPTKes yang mengantarkan penulis untuk menilai program studi di negara-negara ASEAN dan di Indonesia mulai tahun 2009 sampai saat ini. Penulis adalah pengampu Block *Quality Assurance dan Programme Evaluation* pada S2 Ilmu Pendidikan Kedokteran di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan. Selain itu, penulis ikut sebagai Fellow pada *Towards University For Health* untuk bidang *Social Accountability and Accreditation* tahun 2020. Saat ini sebagai *Chair* pada *TUFH Task Force on Social*

*Accountability*. Penulis juga sebagai anggota *Executive Council* dari *World Federation for Medical Education* dari tahun 2018 sampai sekarang.

Perjalanan panjang ini tidak bisa lepas dari dukungan dan bantuan banyak pihak. Pertama penulis menghaturkan terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada Dr. Drs. Abdul Ghoffar, M.BA — suami yang selalu memberi dorongan dan semangat untuk menulis. Kemudian kepada Prof. Dr. Ir. Sujarwadi, M.Eng sebagai Rektor Universitas Gadjah Mada tahun 2007–2012; Prof. Ir. Tony Atyanto Dharoko, M.Sc, Ph.D sebagai Ketua Kantor Jaminan Mutu UGM tahun 2000–2008; Prof. Dr. dr. Soenarto Sastrowijoto, Sp.THT(K) sebagai Dekan Fakultas Kedokteran UGM tahun 1992–2000 dan Prof. Dr. dr. Hardyanto Soebono, Sp.KK(K) sebagai Dekan Fakultas Kedokteran UGM tahun 2000–2008. Begitu pula Alm Dr. Alistair Stewart, M.Sc sebagai pembimbing S2 dan S3 penulis di Dundee University tahun 1999–2003, Prof. Dr. David Gordon sebagai President WFME tahun 2014–2022, Assoc Prof. Nantana Gajaseni sebagai Executive Director AUNQA 2008–2018, Prof. Dr. John Norcini serta Prof. William Burdick dari FAIMER Philadelphia, dan Prof. Dr. Robert Woollard dari University British Colombia, Canada. Masih banyak lagi yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu para sejawat di Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI) serta Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Semoga Allah SWT membalas semua budi baiknya.

Buku ini berusaha mempersoalkan inkompatibilitas antara konsep mutu dan sistem penjaminan mutu yang dikembangkan dari dunia industri manufaktur dengan sistem pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Inkompatibilitas ini menimbulkan masalah yang menyebabkan masalah kesehatan masyarakat, berupa disparitas akses terhadap tenaga dokter dan profesi kesehatan, disparitas akses terhadap pelayanan kesehatan, maldistribusi dokter dan profesi kesehatan, serta mutu pelayanan dan relevansi

terus berlanjut hingga saat ini. Penulis menawarkan bahwa dengan karakteristik yang khusus pada pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan — sesudah mengkaji sejarah pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan serta melakukan penelitian tentang sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran, perlu dilakukan perubahan paradigma dan perubahan kerangka berpikir dalam mendefinisikan mutu dan sistem penjaminan mutu untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan agar bisa berkontribusi pada penyelesaian masalah kesehatan masyarakat. Penulis menyampaikan definisi baru terhadap mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, serta merumuskan model sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang lebih sesuai.

Akhir kata, semoga monograf ini memberi manfaat yang luas untuk perbaikan sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Peneliti mengharapkan masukan dan kritikan terhadap monograf ini.

Yogyakarta, Desember 2020

**Penulis**

# KATA PENGANTAR KETUA ASSOSIASI INSTITUSI PENDIDIKAN KEDOKTERAN

Segala puji milik Allah SWT atas segala petunjuk, hidayah dan rahmat- Nya kepada penulis **dr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD** yang berhasil menulis sebuah buku monograf tentang model pengembangan sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran dan kesehatan yang sangat komprehensif. Apalagi buku ini ditulis begitu lama berbarengan dengan perjalanan hidup penulis yang malang melintang dalam sistem pendidikan kedokteran dan kesehatan, sehingga isi buku ini dijamin sangat berkualitas dan futuristik.

Penjaminan Mutu pendidikan adalah amanat Undang-undang Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional yang kemudian ditegaskan lebih lanjut dalam Permendiknas Nomor 63 tahun 2009 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan yang menyebutkan bahwa "Penjaminan mutu pendidikan adalah kegiatan sistemik dan terpadu oleh satuan atau program pendidikan, penyelenggara satuan atau program pendidikan, Pemerintah Daerah, Pemerintah, dan masyarakat untuk menaikkan tingkat kecerdasan kehidupan bangsa melalui pendidikan. Sehingga monograf ini bisa menjadi acuan dan pedoman bagi sebuah institusi khususnya pendidikan kedokteran dan kesehatan dalam membangun kualitas pendidikannya apalagi dalam era Revolusi Industri (RI) 4.0 yang menyajikan globalisasi pendidikan yang sangat maju dan inovatif.

Selamat buat penulis atas tulisan ini dan selamat untuk semua institusi pendidikan kedokteran dan kesehatan atas tersedianya

sumber literasi yang bisa digunakan dalam pengembangan model jaminan mutu yang berkualitas.

**Insha Allah bermanfaat.**

**Prof.dr. Budu, Ph.D, Sp.M (K), M.MedEd**

Dekan fakultas kedokteran UNHAS Makassar  
Ketua Assosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran 2019-2021

# KETUA PERKUMPULAN LAMPTKES INDONESIA

Selamat dengan telah terbitnya buku “Monograf Pengembangan Model Sistem Penjaminan Mutu untuk Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan” yang telah ditulis oleh sejawat dr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD. Hasil karya ini telah lahir pada saat tepat dimana berbagai pihak yang terlibat dalam Pendidikan Tinggi bidang Kesehatan tengah mencari model penjaminan mutu yang tepat dan sesuai untuk menghasilkan lulusan bermutu dan bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan bangsa.

Penjaminan mutu Pendidikan Tinggi Kesehatan merupakan upaya yang paling mendasar namun strategis dalam mendesain pola Pendidikan Tinggi yang bermutu. Tanpa penjaminan mutu, luaran pendidikan tinggi kesehatan tidak akan mampu menghasilkan pelayanan kesehatan bermutu pula. Padahal, masyarakat sudah pandai memilih dan menetapkan pelayanan kesehatan yang ingin diperolehnya.

Deklarasi WHO tahun 2013 di Geneva, Swiss, juga menekankan pentingnya peningkatan standar mutu pendidikan kesehatan diseluruh dunia masa mendatang melalui peran sistem akreditasi program studi kesehatan. Tujuannya agar profesi kesehatan Indonesia dapat bersaing di tingkat dunia dan membantu mensukseskan program SDGs tingkat nasional maupun internasional sesuai dengan program WHO.

Hal ini sejalan dengan visi dan misi Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan (LAMPTkes) untuk berfokus pada peningkatan mutu pendidikan berkelanjutan. Sebagai lembaga akreditasi baru yang diinisiasi oleh pemerintah pada tahun 2010-2014 dan dimotori para ahli bidang kesehatan dari beberapa organisasi profesi dan institusi pendidikan kesehatan di Indonesia sangat menyadari pentingnya meningkatkan mutu institusi pendidikan bidang kesehatan berstandar global melalui penguatan sistem penjaminan mutu internalnya agar pembangunan mutu pendidikan kesehatan masa depan di Indonesia menjadi lebih baik lagi.

Oleh karena itu, salah satu upaya LAM-PTKes mencapai visi dan misinya adalah selain menjadi penilai mutu program studi eksternal yang kredibel, namun juga mempertahankan mutu kinerja komponen internalnya. Hal ini telah dibuktikan dengan diperolehnya rekognisi khusus untuk pendidikan Kedokteran dari World Federation Medical Education (WFME) yang berkedudukan di Geneva, Swiss dan rekognisi untuk semua pendidikan kesehatan yang berada dibawah naungan LAMPTkes dari Asian Pasific Quality Network / Recoqnition (APQN/APQR) yang saat ini kantornya berkedudukan di Beijing, Cina serta pengakuan dari ISO 9001-2015.

Saya sangat menghargai usaha yang sangat cemerlang ini dimana saat masyarakat diseluruh dunia resah dan panik dalam menghadapi pandemik Covid -19 ini, tidak menjadikan kendala bagi penulis sejawat Dr. Titi Safitri Prihatiningsih PhD untuk berkarya. Dengan ketekunan yang memang telah menjadi karakter dasar, penulis telah dapat menghasilkan buku monograf yang sangat dibutuhkan masyarakat pendidikan kesehatan umumnya dan pendidikan Kedokteran khususnya di Indonesia. Penulis yang saat ini sedang menjabat sebagai presiden SEARAME secara konsisten berupaya meningkatkan mutu pendidikan Kedokteran dan kesehatan lain baik di Indonesia, di regional ASEAN maupun internasional termasuk dalam mendorong LAM-PTKes memiliki reputasi internasional. Pengalaman penulis dalam meningkatkan mutu pendidikan kesehatan telah dielaborasi kedalam buku dengan sangat bagus dan menarik.

Buku ini sangat dibutuhkan masyarakat akademik kesehatan di Indonesia khususnya kedokteran dalam meningkatkan pengetahuan serta pemahamannya tentang pentingnya peningkatan mutu dibidang pendidikan, penelitian dan pelayanan masyarakat. Sekali lagi, saya ucapkan selamat atas keberhasilan dalam menyusun buku ini, semoga buku monograf ini memberikan manfaat dalam membantu peningkatan mutu pendidikan tinggi Kedokteran dan bidang kesehatan lainnya di Indonesia dimasa mendatang.

.Ketua Perkumpulan LAMPTkes Indonesia  
**Usman Chatib Warsa**

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR KETUA ASSOSIASI INSTITUSI PENDIDIKAN KEDOKTERAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>KETUA PERKUMPULAN LAMPTKES INDONESIA .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I SEJARAH DAN PENGERTIAN SISTEM</b>	
<b>PENJAMINAN MUTU .....</b>	<b>1</b>
1. Sejarah Sistem Penjaminan Mutu .....	1
a. Deming .....	2
b. Juran .....	3
c. Crosby .....	5
d. Feigenbaum .....	8
e. Ishikawa .....	10
2. Kesimpulan .....	12
<b>BAB II MASALAH PENERAPAN SISTEM</b>	
<b>PENJAMINAN MUTU DALAM KONTEKS</b>	
<b>PENDIDIKAN TINGGI .....</b>	<b>19</b>
1. Karakteristik Pendidikan Tinggi .....	19
a. Universalitas .....	20
b. Sikap skeptis yang terorganisir .....	21
c. Penemuan ilmu pengetahuan dan teknologi .....	21

d. Kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik .....	22
e. Komunikasi ide secara terbuka dan bebas .....	23
f. Komunitas internasional .....	23
g. Bebas kepentingan .....	24
h. Pengelolaan berbasis otoritas .....	26
i. Pewarisan intelektual .....	27
j. Daya hidup komunitas akademik .....	28
k. Penelaahan sejawat .....	29
l. Bekerja untuk kemanusiaan .....	31
2. Kesimpulan .....	31

**BAB III KENDALA IMPLEMENTASI SISTEM  
PENJAMINAN MUTU DALAM KONTEKS  
PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN**

<b>PROFESI KESEHATAN .....</b>	<b>35</b>
1. Pendahuluan .....	35
2. Perkembangan Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan .....	36
a. Masa Islam .....	37
b. Masa Abad Pertengahan .....	39
c. Masa Abad ke-18 .....	41
d. Masa Abad ke-20 .....	43
2. Karakteristik Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan .....	49
a. Evolusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan .....	50
b. Hubungan erat antara pendidikan dan pelayanan kesehatan .....	51
c. Akuntabilitas sosial institusi pendidikan profesi kesehatan .....	53
3. Kendala Implementasi Sistem Penjaminan Mutu yang berbasis logika industri manufaktur .....	54

<b>BAB IV</b>	<b>PENGEMBANGAN MODEL SISTEM PENJAMINAN MUTU UNTUK PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN .....</b>	<b>56</b>
1.	Pendefinisian Mutu Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan .....	56
2.	Model Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan .....	61
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERENSI</b>	<b>.....</b>	<b>92</b>
<b>INDEKS</b>	<b>.....</b>	<b>97</b>

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Perkembangan konsep mutu dan manajemen mutu .....	18
Gambar 2.	Pelayanan kesehatan pada masa keemasan Islam .....	38
Gambar 3.	<i>Bedsite teaching</i> pada zaman keemasan Islam .....	40
Gambar 4.	Pendidikan Kedokteran dengan kuliah di Perguruan Tinggi Abad Pertengahan .....	40
Gambar 5.	Tiga Generasi Reformasi Pendidikan Kedokteran .....	50
Gambar 6.	Saling ketergantungan antara sistem pendidikan dan sistem kesehatan .....	52
Gambar 7.	<i>Partnership Pentagram</i> .....	54
Gambar 8.	Tahapan response terhadap kebutuhan sosial .....	59
Gambar 9.	Model Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi .....	64
Gambar 10.	Model Makro Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Kedokteran .....	65
Gambar 11.	Model Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan .....	68
Gambar 12.	Model kurikulum, kedudukan mahasiswa dan peran komunitas, serta intensitas kelima pemangku kepentingan dalam akuntabilitas sosial Fakultas Kedokteran .....	82
Gambar 13.	Sistem Penjaminan Mutu di FK Universitas Chulalongkorn .....	84

# DAFTAR TABEL

Tabel 1. Proses Universal untuk Mengelola Mutu (Trilogi Juran) .....	4
Tabel 2. Pendekatan Sistematis Manajemen Mutu dari Feigenbaum .....	9
Tabel 3. Perbedaan definisi dan karakteristik mutu antara organisasi manufaktur dengan organisasi jasa .....	15
Tabel 4. Social Obligation Scale .....	60
Tabel 5. Ten Strategic Directions of the Global Concensus on Social Accountability .....	73
Tabel 6. Konsep Penjaminan Mutu Pendidikan Dokter menggunakan Konsep C-P-U .....	77

## BAB I

---

# SEJARAH DAN PENGERTIAN SISTEM PENJAMINAN MUTU

### 1. SEJARAH SISTEM PENJAMINAN MUTU

Mutu adalah sebuah kata yang banyak dibahas dan dibicarakan oleh banyak pihak dari berbagai latar belakang dan dalam berbagai forum selama satu abad terakhir. Telah banyak definisi mutu dikemukakan oleh para ahli, walaupun demikian banyak pula yang menyimpulkan betapa sulitnya mendefinisikan mutu. Definisi mutu tergantung pada siapa yang mendefinisikan, latar belakangnya, konteks yang dipakai, tingkat di dalam organisasi, serta tujuan yang ingin dicapai. Definisi mutu juga berkembang seiring dengan perjalanan waktu dan semakin dalamnya pemahaman manusia tentang sistem manajemen, organisasi dan perilaku manusia. Pada sub-bab ini akan dibahas perkembangan pengertian mutu sejak zaman sebelum masehi hingga saat ini, setelah itu disimpulkan pengelompokan atau kerangka (*framework*) yang dapat digunakan untuk memahami pengertian mutu, karena memang tidak ada satu definisi tunggal tentang mutu yang dapat digunakan secara universal.

Bahkan, istilah mutu atau '*quality*' dalam Bahasa Inggris sebetulnya telah ada selama berabad-abad yang lampau. Aristoteles mengatakan '*quality is not an act, but a habit*'. Sejak ribuan tahun yang lalu, telah ada seorang tokoh, yaitu Aristoteles, yang menyadari bahwa untuk mencapai mutu diperlukan pembiasaan, dan bukan sekedar akting. Rasulullah SAW dalam hadisnya mengatakan bahwa

‘barang siapa hari ini lebih baik dari hari kemarin, termasuk orang yang beruntung’. Sejak abad ke tujuh, telah disadari pentingnya untuk selalu melakukan perbaikan (*continuous improvement*). Akan tetapi, upaya untuk mendefinisikan mutu baru muncul pada awal abad ke-20, ketika sedang maraknya industrialisasi sebelum dan sesudah Perang Dunia I.

### **a. Deming**

Beberapa ahli melakukan upaya untuk mendefinisikan mutu. Sesuai dengan konteks ketika konsep mutu ini mengemuka, yaitu industrialisasi dan manufaktur, maka konsep yang disampaikan berangkat dari permasalahan dan situasi yang ada di dunia industri. Deming (Best & Neuhauser, 2005) berdasarkan pengamatannya pada *Western Electric Hawthorne Plant* pada tahun 1925 menyimpulkan bahwa dalam suatu industri manufaktur sangat diperlukan keseragaman luaran dengan meminimalkan variasi. Adanya variasi menimbulkan limbah dan ketidakpuasan pelanggan. Tanpa pelanggan, bisnis tidak ada artinya; begitu pula industri manufaktur menjadi tidak berarti. Hal ini berarti ribuan orang akan kehilangan pekerjaan, ribuan orang terancam untuk tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya. Hasil akhir yang akan terjadi adalah masyarakat akan kacau. Dengan demikian menurut Deming, penting sekali menjaga agar luaran yang dihasilkan, baik berupa barang ataupun pelayanan, tidak memiliki variasi. Selama tahun 1950-an, Deming diundang oleh *Union of Japanese Scientists and Engineers* untuk memperbaiki industri manufaktur di Jepang yang berantakan akibat kalah dalam Perang Dunia II. Deming menerapkan pengendalian proses menggunakan ilmu statistik untuk menghasilkan luaran yang seragam dan sesuai dengan kebutuhan pelanggan. Dalam waktu singkat, industri manufaktur di Jepang yang pada awalnya dikenal sebagai bermutu rendah, mampu

bersaing dan bahkan mengalahkan industri manufaktur di USA yang mulai mengalami kemunduran.

Deming (Best & Neuhauser, 2005) mendefinisikan mutu sebagai peningkatan berkelanjutan dan variasi minimum. Mutu yang rendah di suatu organisasi disebabkan oleh manajemen yang buruk. Untuk bisa mencapai mutu, organisasi perlu menerapkan prinsip '*plan-do-check-act*' cycle atau siklus 'perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan tindakan perbaikan'. Selain itu, organisasi perlu memiliki fokus jangka panjang, menghilangkan hambatan antar departemen atau bagian, menghilangkan rasa takut dan cemas dalam bekerja, peningkatan berkelanjutan untuk karyawan, serta manajemen berbasis fakta. Keseluruhan prinsip mutu Deming dikenal sebagai '*Deming 14-points*'. Deming percaya bahwa manajemen mutu merupakan satu kesatuan sistem dan baru dapat dilaksanakan bila ada kebijakan dari pimpinan (*top-down approach*) (Neyestani, 2018).

## **b. Juran**

Juran merupakan ahli manajemen mutu yang memiliki sejarah hidup yang mirip dengan Deming, tetapi dengan fokus yang berbeda. Juran bekerja di tempat yang sama dengan Deming, yaitu *Western Electric Hawthorne Plant*. Bila Deming berfokus pada pengendalian variasi menggunakan statistika, Juran lebih fokus pada manajemen mutu. Juran berpendapat ada dua pandangan dalam mendefinisikan mutu. Pandangan yang pertama adalah 'mutu merupakan karakteristik produk yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan supaya tercapai kepuasan pelanggan'. Pada pengertian ini mutu berarti membutuhkan biaya lebih, semakin tinggi mutu semakin membutuhkan biaya. Pandangan yang kedua adalah 'mutu berarti bebas dari defisiensi'. Pada pengertian ini mutu adalah sesuai dengan spesifikasi. Implikasi dari pengertian

kedua ini, semakin bermutu semakin sedikit biaya; karena semakin mendekati spesifikasi, maka limbah akan berkurang, pengulangan proses maupun produk tertolak akan berkurang, sehingga secara keseluruhan akan lebih efisien. Kedua pengertian ini menunjukkan bahwa belum adanya satu pengertian mutu yang digunakan secara universal. Pengertian mutu tergantung pada siapa yang mendefinisikan dan untuk kepentingan apa (Juran, 1999).

Juran lebih jauh lagi memunculkan konsep mutu sebagai *'fitness for use'* atau kesesuaian dengan kegunaan. Dari segi kegunaan (*functionality*), mutu dapat dipersepsikan dari dua tingkat, yaitu di tingkat pekerja dan di tingkat manajemen. Di tingkat pekerja, kegunaan dilihat dari kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specification*), tujuan akhirnya adalah produk yang sesuai dengan spesifikasi. Sedangkan, di tingkat manajemen, kegunaan dilihat dari sejauh mana produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan. Tujuan akhirnya adalah meningkatkan daya saing dan pemenuhan kebutuhan pelanggan. Dengan demikian Juran melihat bahwa pengelolaan mutu adalah tanggung jawab pimpinan (tim manajemen).

Juran, 1999 (Neyestani, 2018) mengusulkan tiga proses dasar yang harus dipenuhi untuk mencapai mutu yang disingkat dengan *'Juran's Trilogy'* seperti pada Tabel 1. Dari tabel ini diringkas menjadi sepuluh langkah menuju peningkatan mutu atau *"Ten Steps to Quality Improvement"* untuk peningkatan kepuasan pelanggan.

**Tabel 1. Proses Universal untuk Mengelola Mutu (Trilogi Juran)**

Perencanaan Mutu	Pengendalian Mutu	Peningkatan Mutu
Penetapan tujuan mutu	Evaluasi kinerja nyata	Membuktikan kebutuhan
Identifikasi pelanggan	Membandingkan kinerja nyata dengan tujuan mutu	Membangun infrastruktur

Perencanaan Mutu	Pengendalian Mutu	Peningkatan Mutu
Identifikasi kebutuhan pelanggan	Melakukan tindakan terhadap perbedaan	Identifikasi proyek peningkatan
Pengembangan karakteristik produk yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan		Penetapan tim proyek dengan sumber daya, pelatihan serta motivasi untuk mendiagnosis penyebab, menstimulasi perbaikan,
Pengembangan proses yang menghasilkan produk sesuai dengan karakteristik		Menetapkan pengendalian untuk mempertahankan pencapaian
Menetapkan proses pengendalian		
Mentransfer rencana ke dalam proses		

(Neyestani, 2018)

### c. Crosby

Setelah Deming dan Juran, bermunculan para ahli di bidang manajemen mutu — seperti Crosby, Shewhart, Feigenbaum, Taguchi, dan masih banyak lagi — yang mengusulkan perspektif baru dalam mendefinisikan mutu. Crosby menekankan pada pentingnya ‘pencegahan’ dalam rangka mencapai ‘nol kecatatan’ sebagai pengertian mutu. Dijelaskan oleh Crosby bahwa ide ‘pencegahan’ membutuhkan waktu hampir 100 tahun untuk bisa diterima dalam dunia manajemen. Ide ini berawal dari kisah Ignaz Philip Semmelweiss yang bertugas sebagai manajer di sebuah rumah sakit di Hungaria pada tahun 1844. Pada saat itu, tingkat kematian di bangsal cukup tinggi dan Semmelweiss memiliki asumsi bahwa pembawa bibit penyakit adalah para dokter dan mahasiswa kedokteran. Semmelweiss membandingkan dengan bangsal

kebidanan yang tingkat kematian kecil dan diamati kebiasaan bidan untuk mencuci tangan lebih sering dibandingkan dengan dokter dan mahasiswa kedokteran. Oleh karena itu Semmelweis mengusulkan kepada pimpinan rumah sakit agar para dokter dan mahasiswa kedokteran diwajibkan mencuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan pada pasien.

Awalnya, ide ini mendapat tantangan karena arogansi profesi dokter, akan tetapi akhirnya para dokter dan mahasiswa kedokteran bersedia untuk mengikuti saran Semmelweis. Ternyata setelah dokter melakukan cuci tangan sebelum masuk ke bangsal, angka kematian menurun drastis dari 18,7% ke 1%. Alih-alih Semmelweis mendapat apresiasi karena idenya membawa perbaikan, Semmelweis malah diberhentikan dari rumah sakit tersebut.

Terinspirasi oleh kisah ini, Crosby menawarkan definisi mutu sebagai 'nol kecatatan' dan manajemen mutu sebagai manajemen pencegahan. Agar mencapai nol kecatatan, maka organisasi atau perusahaan harus melakukan yang benar sejak awal (Crosby, 1992). Crosby terkenal dengan konsep '*doing them right at the first time*' atau "mengerjakan secara benar sejak awal". Crosby menghitung biaya yang harus ditanggung ketika terjadi banyak kesalahan atau '*non conformance cost*' sehingga harus mengulang proses, yaitu sekitar 40% dari biaya operasional (Neyestani, 2018). Walaupun demikian, Crosby tetap berpegang pada mutu adalah kesesuaian dengan persyaratan. Crosby tidak membedakan definisi mutu pada industri manufaktur dan jasa layanan (Crosby, 1992)

Crosby mengusulkan tingkat kematangan manajemen mutu suatu organisasi yang terdiri dari lima tingkat, yaitu ketidakpastian, kebangkitan, tercerahkan, kebijaksanaan dan kepastian. Tahapan ini dapat digunakan untuk menilai tingkat kemajuan organisasi untuk pengelolaan mutu. Satu poin penting tentang mutu yang disampaikan oleh Crosby (Neyestani, 2018) adalah 'mutu tidak bisa dibandingkan', sehingga tidak ada istilah 'mutu rendah' atau 'mutu

tinggi'. Crosby menekankan bahwa untuk mencapai 'nol kecatatan' atau 'zero defects' peran manajemen puncak sangat penting. Untuk itu, Crosby mengusulkan 4 prinsip absolut yang harus ada bila ingin mencapai nol kecatatan, yaitu

- 1) mutu didefinisikan sebagai kesesuaian dengan persyaratan (bukan terkait isu 'bagus' atau 'buruk')
- 2) mutu hanya bisa diwujudkan pada sistem yang berbasis pencegahan (bukan penilaian) dan pencegahan bisa dilaksanakan pada sistem dengan manajemen mutu yang baik;
- 3) standar kinerja mutu adalah nol kecatatan, sehingga kesalahan tidak dapat diterima;
- 4) pengukuran mutu adalah harga yang harus dikeluarkan bila terjadi ketidaksesuaian (Crosby, 1980).

Menurut Crosby setiap organisasi harus melewati suatu proses yang diberi nama 6C agar nol kecatatan produk dan servis bisa dipertahankan. C yang pertama singkatan dari pemahaman (**Comprehension**) yang artinya setiap karyawan harus memahami makna mutu. C yang kedua adalah komitmen (**Commitment**) yang harus ditunjukkan oleh setiap orang di dalam organisasi, mulai dari pekerja golongan terendah sampai ke manajer dan pimpinan puncak dalam mematuhi kebijakan mutu. C yang ketiga adalah kompetensi (**Competence**) yang berarti bahwa untuk dapat menerapkan manajemen mutu perlu ada pendidikan dan pelatihan. C yang keempat adalah komunikasi (**Communication**) yang diperlukan oleh semua karyawan pada semua tingkat manajemen agar memiliki pemahaman yang sama. C yang kelima adalah koreksi (**Correction**) yang difokuskan pada pencegahan dan kinerja. C yang keenam adalah keberlanjutan (**Continuance**), yang menekankan agar proses ini berlangsung terus dan menjadi kebiasaan hidup organisasi tersebut (Kumar *et al.*, 2016).

#### **d. Feigenbaum**

Ahli manajemen mutu yang lain, Feigenbaum dalam bukunya yang fenomenal berjudul *Total Quality Control* mendefinisikan mutu sebagai “gabungan total dari karakteristik produk dan jasa yang terdiri dari pemasaran, rekayasa, manufaktur, dan pemeliharaan”. Pada saat produk dan jasa ini digunakan oleh pelanggan akan memenuhi harapan pelanggan. Oleh karena itu, Feigenbaum menyarankan

- 1) agar definisi mutu perlu disesuaikan dengan kepuasan pelanggan,
- 2) bahwa mutu bersifat multidimensi sehingga perlu didefinisikan secara komprehensif,
- 3) bahwa harapan dan kebutuhan pelanggan akan terus berubah sehingga definisi mutu bersifat dinamis,
- 4) bahwa setiap orang di dalam organisasi bertanggung jawab terhadap pengelolaan mutu (Feigenbaum, 1983).

Menurut Neyestani (2018), Feigenbaum merupakan ahli manajemen mutu yang pertama kali menggunakan istilah ‘mutu total’ atau *‘total quality’*. Istilah total di sini meliputi perencanaan, pengorganisasian, dan kepemimpinan. Penjaminan mutu tidak dapat digunakan untuk peningkatan mutu produk bila hanya fokus pada proses produksi. Selanjutnya Feigenbaum (1991) mendefinisikan ‘mutu total’ sebagai *‘sistem yang efektif untuk mengintegrasikan upaya-upaya pengembangan mutu, pemeliharaan mutu, dan peningkatan mutu dari berbagai kelompok di dalam suatu organisasi sedemikian rupa sehingga memudahkan untuk menghasilkan produk dan jasa pada tingkat ekonomi yang memungkinkan kepuasan pelanggan’*.

Filosofi pengelolaan mutu yang ditawarkan Feigenbaum dalam bukunya berjudul *Quality Control Handbook* yang dipublikasikan pada tahun 1951 adalah sistem manajemen berbasis pencegahan

dengan penekanan pada desain produk, jasa dan proses serta memperbaiki kegiatan-kegiatan yang menjadi sumber kesalahan. Sistem berbasis pencegahan ini dioperasionalkan melalui pendokumentasian semua prosedur, lalu dilakukan pengecekan atau audit untuk melihat sejauh mana desain, proses dan produk sesuai dengan standar yang sudah didefinisikan sebelumnya (*pre-defined standards*). Sistem manajemen berbasis pencegahan hanya bisa dilakukan dengan melibatkan setiap orang di dalam organisasi, dari pimpinan puncak sampai pekerja yang paling rendah golongannya. Feigenbaum dianggap sebagai penggagas manajemen modern dan telah diterima secara luas sebagai sistem manajemen operasional pada banyak perusahaan. Pendekatan manajemen mutunya yang berbeda dengan Deming dan Juran dikenal dengan istilah '*a three-step to improving quality*', yang meliputi kepemimpinan mutu, teknologi mutu dan komitmen organisasi (Feigenbaum, 1991).

Ketiga prinsip manajemen mutu tersebut dielaborasi lebih lanjut menjadi pendekatan sistematis manajemen mutu seperti pada Tabel 2 berikut ini.

**Tabel 2. Pendekatan Sistematis Manajemen Mutu dari Feigenbaum**

Mutu merupakan proses yang melibatkan seluruh perusahaan atau organisasi
Mutu didefinisikan oleh pelanggan
Mutu dan biaya adalah satu kesatuan penjumlahan, bukan perbedaan
Mutu membutuhkan tekad yang kuat dari individu dan tim
Mutu merupakan cara mengelola
Mutu dan inovasi saling tergantung
Mutu merupakan etika
Mutu membutuhkan peningkatan berkelanjutan
Mutu adalah efektif biaya dan rute yang paling sedikit membutuhkan modal untuk peningkatan produktivitas
Mutu dilaksanakan secara sistemik dan dikaitkan dengan pelanggan dan pemasok

(Feigenbaum, 1991)

Untuk dapat melaksanakan sistem manajemen berbasis pencegahan yang menghasilkan mutu dengan pendekatan di atas, maka Feigenbaum mengusulkan empat langkah yang bisa dilakukan, yaitu:

- 1) penetapan standar mutu;
- 2) penilaian kesesuaian terhadap standar;
- 3) melakukan tindakan ketika standar tidak terpenuhi;
- 4) merencanakan perbaikan untuk pemenuhan standar (Feigenbaum, 1991).

### **e. Ishikawa**

Ishikawa merupakan pioner mutu dari Jepang yang pertama kali mengenalkan penerapan alat untuk mengelola mutu (*quality tools*) dan membangun konsep mutu berangkat dari konsep mutu yang telah dikembangkan oleh Deming, Juran, dan Feigenbaum. Ishikawa mendefinisikan mutu sebagai 'produk yang memuaskan persyaratan pelanggan' dan berpendapat bahwa mutu yang tinggi sangat penting untuk memuaskan persyaratan pelanggan yang terus berubah. Berikut ini prinsip mutu dari Ishikawa:

- 1) mutu adalah kepuasan pelanggan;
- 2) mutu perlu didefinisikan secara komprehensif;
- 3) kebutuhan dan persyaratan pelanggan akan berubah terus, karena itu definisi mutu akan terus berubah;
- 4) harga suatu produk atau jasa merupakan bagian yang penting dari mutu (Ishikawa, 1976).

Menurut Dale sumbangan Ishikawa yang signifikan dalam manajemen mutu adalah ide orisinalnya mengenai pemanfaatan konsep 'lingkaran mutu' atau '*quality circles*' dan 'diagram sebab akibat tulang ikan' atau '*fishbone cause-effect diagram*'. Yang mendasari konsep Ishikawa adalah pendapat bahwa sejak

dikenalkannya manajemen mutu oleh pendahulunya, yaitu Juran dan Feigenbaum, telah terjadi penekanan yang berlebihan terhadap penggunaan pengendalian mutu berbasis statistik (*statistical quality control*), khususnya di Jepang. Sebagai hasilnya, masyarakat mulai tidak menyukai pengendalian mutu, karena dianggap sebagai suatu yang tidak menyenangkan, terlalu kompleks dan sulit dilaksanakan. Standardisasi dan spesifikasi yang terlalu ketat dan berlebihan terhadap produk dan proses menimbulkan beban yang mempersulit dan kepatuhan berlebihan terhadap peraturan dan prosedur. Ishikawa memperhatikan partisipasi pekerja sebagai kunci keberhasilan implementasi manajemen mutu belum optimal. Oleh karena itu, Ishikawa menyusun konsep 'lingkaran mutu' sebagai upaya meningkatkan pelibatan pekerja (Dale *et al.*, 2007)

Ishikawa dalam Aized (2012) *cit* Neyestani (2018) terkenal sebagai pioner yang mengenalkan penggunaan 'alat mutu' atau '*quality tools*' untuk menyelesaikan masalah mutu. Dipercaya oleh Ishikawa bahwa 95% dari masalah mutu dapat diselesaikan dengan alat mutu. Contoh-contoh alat mutu adalah antara lain diagram tulang ikan, bagan Pareto, diagram Scatter, lembar Pengecekan, histogram dan bagan Pengendalian. Telah terbukti alat-alat mutu ini dapat mencegah kekeliruan. Ishikawa (Kumar *et al.*, 2016) memperluas konsep mutu sebagai suatu sistem berbasis pencegahan yang sistematis dan meliputi seluruh komponen organisasi dan memberi nama '*Total Quality Management*' sebagai ganti '*Total Quality Control*' yang ditujukan hanya untuk produk atau luaran.

Prinsip manajemen mutu terpadu (*total quality management*) yang diidentifikasi oleh Ishikawa adalah:

- 1) mutu harus diprioritaskan, bukan laba jangka pendek;
- 2) orientasi pelanggan, bukan orientasi produsen;
- 3) rantai berikutnya adalah pelanggan, meruntuhkan hambatan akibat pembagian departemen;

- 4) pemanfaatan fakta dan data;
- 5) menghargai kemanusiaan sehingga menerapkan manajemen partisipatif;
- 6) manajemen berbasis lintas fungsi.

Untuk mengoperasionalkan prinsip ini, Ishikawa mengenalkan konsep 'gugus kendali mutu' atau '*quality circles*' yang berfungsi sebagai alat untuk memperbaiki mutu. Konsep awal tentang gugus kendali mutu adalah mempertemukan pekerja di unit produksi, pemeliharaan, teknisi yang mendesain serta manajer secara bersama-sama dalam suatu pertemuan memecahkan masalah. Gugus kendali mutu memiliki peran kritis dalam menyelesaikan analisis akar masalah terhadap masalah mutu yang muncul. Gugus kendali mutu ini memiliki tanggung jawab untuk mendiagnosis dan mengembangkan solusi permanen terhadap masalah mutu tersebut. Ishikawa menekankan bahwa setiap anggota organisasi bertanggung jawab terhadap masalah mutu melalui gugus kendali mutu. Gugus kendali mutu terdiri atas 5–10 orang staf yang mendiskusikan tentang masalah mutu di tempat kerja, mulai dari identifikasi masalah hingga menemukan solusinya. Kerja sama tim lintas fungsi perlu diperkuat untuk menyelesaikan masalah mutu (Ishikawa, 1976).

## **2. KESIMPULAN**

Dari kelima Guru Mutu di atas, yaitu Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum dan Ishikawa, terlihat bahwa setiap ahli memiliki perspektif yang berbeda dalam memandang mutu dan ini sangat dipengaruhi oleh konteks organisasi dan kondisi masyarakat yang menjadi dasar pengamatan ahli tersebut dalam merumuskan konsep mutu. Dari kelima definisi serta penjelasan dari lima ahli dalam bidang manajemen mutu di atas, bisa disimpulkan beberapa

perspektif yang bisa digunakan dalam mendefinisikan mutu, yaitu:

- **Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specification*)**  
Mendefinisikan mutu menggunakan kerangka berpikir ‘kesesuaian dengan spesifikasi’ adalah sejauh mana suatu produk atau jasa telah sesuai dengan spesifikasi atau standar yang didesain sebelumnya (Hummel *et al.*, 2011). Dalam perjalanannya, spesifikasi diperluas menjadi standar. Dalam pengertian ini, mutu adalah sejauh mana suatu produk atau jasa sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
- **Kecocokan dengan kegunaannya (*fitness for use*)**  
Dengan kerangka berpikir ‘kecocokan terhadap kegunaan’, yang dimaksud dengan mutu adalah apabila suatu produk atau jasa telah terlaksana sesuai dengan fungsi seperti yang diniatkan (Hummel *et al.*, 2011).
- **Nilai untuk harga yang dibayarkan (*value for price paid*)**  
Adalah melihat definisi mutu dari sudut pandang nilai yang diperoleh dibandingkan dengan harga (Hummel *et al.*, 2011).
- **Layanan pendukung (*support services*)**  
Suatu produk atau jasa dianggap bermutu apabila pelanggan mendapatkan layanan pendukung (Hummel *et al.*, 2011).
- **Kriteria psikologi (*psychological criteria*)**  
Suatu produk atau jasa dianggap bermutu bila mampu memuaskan pelanggan, mampu dinilai oleh pelanggan sebagai yang terbaik (Hummel *et al.*, 2011).
- **Kriteria biaya (*cost of quality*)**  
Mutu adalah efisiensi. Bila proses didesain secara optimal dan berjalan dengan baik, maka tidak ada lagi limbah, tidak ada lagi proses yang tidak penting tetapi dilakukan. Secara keseluruhan hal ini akan mengurangi biaya. Sehingga sesuatu dikatakan bermutu bila biaya untuk memproduksi lebih rendah.

Karena tidak ada satu definisi tunggal tentang mutu yang bisa digunakan secara universal pada segala keadaan, maka para manajer, peneliti, pembuat keputusan perlu menelaah secara hati-hati definisi mutu yang akan diadopsi, termasuk kekuatan dan kelemahan setiap definisi. Berbagai teori dan filosofi tentang mutu telah diformulasikan, tetap tidak ada satu teori tentang mutu yang dapat memuaskan semua pihak. Apakah pertanyaan ‘apa pengertian mutu’ adalah pertanyaan yang ‘tidak ada jawabannya’? Apakah perlu setiap manajer, peneliti atau pembuat keputusan merumuskan sendiri definisinya sesuai visi dan misi organisasi, sesuai tujuan yang ingin dicapai? (Kumar *et al.*, 2016).

Organisasi atau perusahaan perlu menetapkan tujuan apa yang ingin dicapai sesuai dengan visi dan misi organisasi, karena visi dan misi adalah alasan utama keberadaan organisasi. Visi dan misi tidak dirumuskan hanya oleh pimpinan puncak atau komite yang ditugaskan, akan tetapi dirumuskan bersama-sama dengan pelanggan atau pemangku kepentingan. Dalam hal ini organisasi perlu memilih pemangku kepentingan yang mana yang akan dipuaskan, karena tidak mungkin satu organisasi mampu memuaskan semua kepentingan.

Kelima ahli manajemen mutu mendefinisikan mutu menggunakan perspektif yang berbeda. Walaupun demikian Neyestani (2018) berpendapat masih ada beberapa persamaan pandangan sebagai berikut:

- Inspeksi atau pengawasan ketat bukanlah jawaban terhadap masalah mutu.
- Diperlukan keterlibatan dan kepemimpinan dari manajemen puncak untuk menciptakan kultur mutu dan menggalang komitmen terhadap mutu.
- Mutu harus menjadi prioritas utama, hal-hal lain (misalnya pertumbuhan) menjadi urutan berikutnya.

- Mutu merupakan suatu sistem perbaikan yang berlangsung secara kontinu.
- Keuntungan dari menerapkan manajemen mutu jauh lebih banyak dibandingkan kerugian yang harus ditanggung bila mengabaikan mutu.
- Peningkatan mutu membutuhkan perencanaan yang seksama dan melibatkan seluruh institusi.

Dengan adanya beberapa persamaan ini, dalam mendefinisikan mutu dan mengidentifikasi karakteristik mutu, tetap perlu membedakan antara industri manufaktur dan organisasi penghasil jasa, seperti pada Tabel 3.

Perbedaan utama kedua organisasi ini adalah dari luaran. Organisasi manufaktur menghasilkan luaran produk yang *'tangible'* yaitu produk yang ada wujudnya dan nyata sehingga bisa disentuh, diraba, dicium, dilihat dan dirasakan. Untuk organisasi manufaktur, definisi mutu yang lebih tepat adalah sesuai dengan spesifikasi atau standar, produknya dapat dipercaya (*reliabel*), bertahan lama (*durabel*), serta layanan purna jual yang baik (*serviceability*).

**Tabel 3. Perbedaan definisi dan karakteristik mutu antara organisasi manufaktur dengan organisasi jasa**

<b>Manufacturing Organizations</b>	<b>Service Organizations</b>
Conformance to specifications	Intangible factors
Performance	Consistency
Reliability	Responsiveness to customer needs
Features	Courtesy/friendliness
Durability	Timeliness/promptness
Serviceability	Atmosphere

(Hummel *et al.*, 2011).

Organisasi penghasil jasa pada umumnya menghasilkan luaran yang *'intangible'* atau tidak berwujud dan tidak nyata, sehingga tidak bisa dilihat dan diraba, tetapi *'dialami'* (*experienced*). Contoh organisasi penghasil jasa adalah organisasi pelayanan kesehatan, institusi pendidikan atau industri perhotelan. Karena layanan hanya bisa *'dialami'*, maka mendefinisikan mutu menjadi lebih sulit, sering bersifat obyektif, dan berdasarkan persepsi pelanggan. Beberapa contoh karakteristik mutu pada industri jasa adalah keramah-tamahan, responsif terhadap kebutuhan pelanggan, ketepatan dan kecepatan mengatasi keluhan, atmosfer yang menyenangkan, keamanan, masa tunggu, konsistensi pelayanan, dan sebagainya.

Deming (Kenyon & Sen, 2015) telah memikirkan lebih jauh lagi bahwa bila sistem manajemen mutu telah berjalan dengan baik di suatu organisasi, bukan berarti segala sesuatunya telah selesai. Semua pekerjaan diselesaikan dengan menerapkan proses. Suatu organisasi pada dasarnya adalah suatu sistem yang terdiri dari proses, oleh karena itu sangat penting bagi peneliti maupun praktisi untuk memahami bagaimana organisasi bekerja agar dapat mengembangkan suatu teori untuk meningkatkan organisasi. Salah satu isu penting dalam pengembangan teori terkait manajemen mutu adalah perbedaan antara praktik manajemen mutu dan kinerja manajemen mutu. Untuk itu Deming (Kenyon & Sen, 2015) mengusulkan sistem pengetahuan yang mendalam tentang mutu (*system of profound knowledge*) yang terdiri dari empat unsur yang saling terkait, yaitu apresiasi terhadap sistem, memahami variasi, teori pengetahuan dan psikologi.

Pertama adalah **apresiasi terhadap sistem**. Kita semua memahami bahwa pekerjaan di dalam suatu organisasi diselesaikan melalui serangkaian proses yang saling tergantung. Ketika terjadi interaksi antar proses maupun antar unsur dalam suatu sistem, manajer tidak dapat mengelola organisasi secara parsial dengan

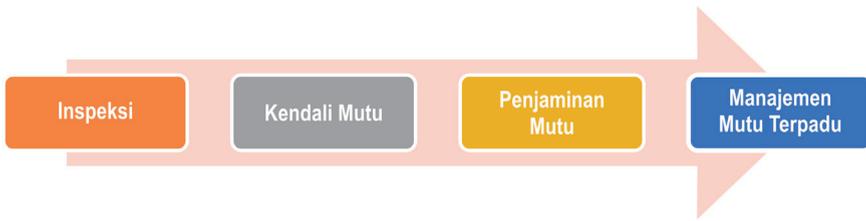
hanya fokus pada departemennya saja. Mereka harus memahami keseluruhan proses yang membentuk sistem, bahkan melewati proses lintas fungsi. Proses perlu disesuaikan kembali dengan tujuan organisasi dan memaksimalkan interaksi antar proses.

Unsur kedua adalah **variasi**. Kita semua menyadari bawah setiap proses akan menghasilkan luaran yang bervariasi. Tingkat variasinya melekat pada desain dasar prosesnya. Variasi bisa juga terjadi ketika faktor di luar ikut berinteraksi selama proses operasi. Semakin banyak jumlah variasi akan menyulitkan prediksi terhadap luaran. Hal ini akan memperbanyak limbah dan perlu dikerjakan ulang. Deming menekankan pentingnya memahami proses dan karakteristik variasinya, baru kemudian mampu mengurangi variasi melalui peningkatan proses menggunakan teknologi, desain proses dan pelatihan.

Unsur ketiga adalah teori. Deming menegaskan bahwa ilmu pengetahuan tidak akan berkembang tanpa teori dan pengalaman itu sendiri tidak bisa dijadikan teori. Tidak ada ilmu pengetahuan tanpa penafsiran. Pengalaman tanpa teori tidak mengajarkan apa-apa. Bahkan, pengalaman tidak dapat dicatat, jika tidak ada teori; karena teori akan mengarah kepada hipotesis yang pada akhirnya mengarah kepada suatu sistem yang bisa mencatat pengamatan.

Unsur keempat adalah **ilmu psikologi**. Ilmu psikologi sangat bermanfaat untuk memahami lebih jauh sistem manajemen mutu, karena ilmu psikologi mempelajari tentang manusia, karakteristik manusia, interaksi antara manusia, interaksi antara pemimpin dan pekerja. Dengan memahami ilmu psikologi maka perlakuan terhadap setiap karyawan bisa disesuaikan untuk mengoptalkan kemampuan dan kinerja setiap individu.

Dari hasil kerja kelima Guru dalam manajemen mutu, perkembangan pengertian mutu dan manajemen mutu dapat diringkat seperti pada Gambar 1 berikut ini.



**Gambar 1. Perkembangan konsep mutu dan manajemen mutu**

Awalnya, konsep mutu dilihat hanya pada luaran, yaitu dalam bentuk inspeksi terhadap luaran. Produk yang tidak sesuai ditolak menjadi limbah. Lalu dilakukan pengendalian terhadap mutu. Inspeksi dilakukan lebih awal lagi, yaitu pada tahap proses. Bila ditemukan ketidaksesuaian maka dilakukan koreksi. Ternyata ini tidak memadai. Diperlukan identifikasi keseluruhan proses dari awal hingga akhir dan mendokumentasikan prosedur. Pengecekan dilakukan terhadap keseluruhan proses untuk memastikan proses telah berjalan sesuai dengan prosedur. Bila proses bisa dipastikan berjalan sesuai dengan prosedur, maka mutu luaran akan terjamin. Bila mutu luaran terjamin akan memuaskan pelanggan eksternal. Ternyata hal ini dirasakan belum optimal. Proses di dalam organisasi dilaksanakan oleh sumber daya manusia sebagai pelanggan internal, oleh karena itu perlu keterlibatan semua orang yang ada di dalam organisasi. Agar dapat terlibat, para karyawan perlu diberdayakan. Berkembanglah konsep manajemen mutu terpadu (*total quality management*).

## **BAB II**

---

# **MASALAH PENERAPAN SISTEM PENJAMINAN MUTU DALAM KONTEKS PENDIDIKAN TINGGI**

Setelah membahas pengertian mutu dan manajemen mutu menurut perkembangannya dari konteks industri manufaktur oleh lima Guru Mutu, bab ini akan membahas mengenai bagaimana konsep mutu dan manajemen mutu bila diterapkan di dalam konteks pendidikan tinggi. Pada kesimpulan di atas telah digarisbawahi perbedaan fundamental antara organisasi manufaktur dan organisasi penghasil jasa. Insitusi pendidikan tinggi merupakan organisasi penghasil jasa. Bab ini akan mengeksplorasi lebih dalam lagi karakteristik organisasi pendidikan tinggi yang sangat berbeda dengan organisasi manufaktur, serta sejauh mana perbedaan ini akan berimplikasi pada kesesuaian pengertian dan konsep manajemen mutu yang telah dikembangkan oleh para ahli dengan latar belakang organisasi manufaktur.

### **1. KARAKTERISTIK PENDIDIKAN TINGGI**

Pendidikan tinggi adalah jenjang pendidikan yang dilaksanakan setelah menyelesaikan pendidikan menengah. Pendidikan tinggi terbagi menjadi tiga jenis pendidikan, yaitu pendidikan akademik, pendidikan vokasi, dan pendidikan profesi. Pada jenjang pendidikan tinggi, lulusan pendidikan menengah dapat memilih bidang

pekerjaan atau profesi atau bidang ilmu yang akan dikuasai. Dengan menyelesaikan pendidikan tinggi, kualitas hidup memiliki peluang untuk meningkat. Pendidikan tinggi memberi kesempatan kepada masyarakat untuk bisa menaikkan status sosialnya, karena lulusan pendidikan tinggi memiliki peluang bekerja yang lebih besar dengan tingkat upah yang lebih tinggi.

Penelitian menunjukkan bahwa lulusan pendidikan tinggi memiliki angka harapan hidup yang lebih tinggi, memiliki akses lebih besar ke pelayanan kesehatan, memiliki kemampuan lebih baik untuk menerapkan pola hidup sehat, memiliki stabilitas dan keamanan ekonomi yang lebih tinggi, memiliki pekerjaan yang lebih prestisius secara ekonomi dan sosial, memiliki kepuasan kerja yang lebih baik, memiliki peluang lebih besar untuk ikut berpartisipasi dalam kehidupan bernegara, memiliki peluang lebih besar untuk memimpin dan memberikan pelayanan kepada masyarakat, memiliki tingkat kepercayaan diri yang lebih tinggi, memiliki kepatuhan lebih tinggi terhadap peraturan-peraturan pemerintah, memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi. Pendidikan tinggi yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi telah ada sejak sekitar seribu tahun yang lalu. Keberadaan pendidikan tinggi sangat penting bagi suatu bangsa dan berpengaruh besar terhadap perkembangan ekonomi, sosial, politik, dan kebudayaan suatu bangsa. Setelah mengamati perkembangan pendidikan tinggi — khususnya di USA — dan di berbagai belahan dunia, (Cole, 2012) menyimpulkan ada 12 karakteristik pendidikan tinggi, yaitu: universalitas, sikap skeptis, penemuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

#### **a. Universalitas (*universalism*)**

Universal adalah suatu keyakinan bahwa kebenaran baru yang ditemukan oleh seorang ilmuwan perlu terus dievaluasi menggunakan kriteria bebas kepentingan, bukan berdasarkan

atribut individu atau sosial yang dimiliki orang tersebut. Implikasi dari nilai ini adalah kontribusi individual harus dihargai berdasarkan asas kepatutan, dan bukan melihat dari latar belakang orang tersebut, misalnya latar belakang, kebangsaan, ras, agama, politik, jarak kekuasaan. Tanpa prinsip universalitas akan sulit bagi perguruan tinggi untuk bisa bersikap adil terhadap sivitas akademiknya (Cole, 2012).

### **b. Sikap skeptis yang terorganisir (*Organized skepticism*)**

Perguruan tinggi yang baik akan menjunjung tinggi sikap skeptis terhadap berbagai pandangan atau pemikiran atau paradigma dengan cara menerapkan metodologi yang teliti dan dapat dipertanggungjawabkan untuk memberikan klaim terhadap suatu kebenaran atau penemuan. Perguruan tinggi merupakan tempat yang bisa menyemai berbagai pemikiran — bahkan yang paling ekstrem sekalipun; sehingga nilai toleransi sangat dijunjung tinggi di dalam lingkungan akademik (Cole, 2012).

Salah satu cara mempertahankan sikap skeptis dalam lingkungan akademik adalah melalui proses pembelajaran. Mahasiswa dirangsang dengan berbagai pertanyaan untuk membangkitkan rasa ingin tahu, membangkitkan keberanian mempertanyakan berbagai teori, konsep maupun klaim kebenaran yang mungkin sudah mapan selama puluhan atau ratusan tahun.

### **c. Penemuan ilmu pengetahuan dan teknologi (*Creation of new knowledge*)**

Riset adalah bagian dari tugas seorang akademisi, sehingga kinerja seorang akademisi dilihat dari produktivitas riset, dampak riset, penghargaan yang diterima karena hasil risetnya membawa penemuan baru untuk perbaikan kehidupan manusia atau

mendorong perkembangan peradaban baru. Akademisi perlu diberi kemudahan untuk akses terhadap sumber daya riset dan terhadap berbagai fasilitas laboratorium dan perpustakaan sesuai dengan kebutuhan untuk dapat melaksanakan riset translasional. Perguruan tinggi perlu memfasilitasi upaya hilirisasi dan komersialisasi dari produk riset sehingga dapat dimanfaatkan oleh masyarakat untuk peningkatan kesejahteraan (Cole, 2012).

#### **d. Kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik (*Free inquiry and academic freedom*)**

Kreativitas dan inovasi untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi hanya bisa terjadi dalam lingkungan yang menjunjung tinggi kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik. Kebebasan akademik artinya akademisi memiliki kebebasan dalam berpikir sesuai kebutuhan riset atau investigasi atau kajian yang sedang dilakukan. Kebebasan mimbar akademik artinya akademisi memiliki kebebasan untuk menyampaikan pemikiran, hasil penelitian, hasil kajian atau pun hasil investigasi tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Di Indonesia kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik dijamin oleh Undang-Undang Pendidikan Tinggi.

Dalam menjalankan kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik, perguruan tinggi perlu memastikan bahwa setiap akademisi terbebas dari rasa takut, rasa tertekan, intimidasi, ataupun ancaman dari berbagai pihak (Cole, 2012).

Kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik di Indonesia dijamin oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional beserta turunannya. Walaupun demikian, dalam pelaksanaannya kebebasan ini belum bisa dijamin secara penuh di lingkungan perguruan tinggi dan di lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Belum ada penelitian

di Indonesia yang meneliti tentang hal ini, tetapi berdasarkan pengamatan penulis faktor terbesar yang mempengaruhi adalah faktor kultur.

**e. Komunikasi ide secara terbuka dan bebas**  
***(Free and open communication of ideas)***

Agar pengetahuan bisa berkembang, dibutuhkan suasana akademik yang kondusif. Produk ilmiah yang berupa ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan ranah publik, sehingga perlu didiseminasikan secara terbuka. Produk ilmiah bersifat terbuka terhadap berbagai kritik, pengujian, koreksi maupun pengembangan berikutnya. Penemuan pada hakikatnya adalah produk dari kolaborasi sosial yang dibangun berdasarkan apa yang telah dicapai sebelumnya oleh ahli terdahulu, lalu dikembangkan oleh peneliti berikutnya. Demikian seterusnya.

Suasana akademik yang telah dipelihara selama ratusan tahun dapat terancam bila komunitas ilmuwan dan akademisi mendapat tekanan atau intimidasi eksternal, biasanya karena faktor politis, yang mengharuskan mereka merahasiakan hasil penelitiannya. Situasi ini memang dilematis. Kerahasiaan akan menghalangi perkembangan ilmu pengetahuan. Sedangkan pada kondisi tertentu karena alasan politis untuk kepentingan publik, suatu hasil penelitian harus dirahasiakan, misalnya uji coba suatu obat berbahaya, atau upaya untuk meneliti tingkat virulensi suatu virus.

**f. Komunitas internasional (*International communities*)**

Dunia ilmiah tidak bisa dilepaskan dari komunitas internasional. Ilmuwan, akademisi, peneliti, perakaya, dan penemu memiliki komunitas — dalam bentuk asosiasi profesi internasional — yang anggotanya dari berbagai negara. Secara rutin, asosiasi profesi

internasional bertemu dalam forum seminar, konferensi, atau lokakarya internasional. Mereka juga memiliki jurnal internasional. Hal ini memungkinkan terjadinya pertukaran ide dan produk ilmiah lainnya melewati batas-batas negara, selain itu memungkinkan terjadinya saling belajar tentang praktik baik dan bertukar pengalaman yang akhirnya akan mendorong pengembangan secara terus-menerus (Cole, 2012).

Pertukaran pemikiran antar ilmuwan lintas negara dapat diperkuat atau malah diperlemah oleh globalisasi. Globalisasi yang mulai sering digunakan sejak pertengahan tahun 1980-an ikut mendorong terjadinya perubahan praktik pendidikan dan penelitian kedokteran. Dana Moneter Internasional (*International Monetary Fund*) mengidentifikasi empat aspek dasar globalisasi, yaitu perdagangan dan transaksi, pergerakan modal dan investasi, migrasi dan perpindahan manusia serta pembebasan ilmu pengetahuan. Globalisasi mempengaruhi kebijakan makro suatu negara, termasuk alokasi sumber daya, serta kebijakan makro sistem pendidikan nasional. Perubahan pada praktik pendidikan yang biasanya dipengaruhi oleh tokoh-tokoh visioner yang memberikan pandangan visioner tentang bagaimana transmisi ilmu pengetahuan ke generasi berikutnya bisa dilakukan, saat ini dipengaruhi oleh globalisasi (Carnoy & Rhoten, 2002). Salah satu efek globalisasi adalah masifikasi pendidikan tinggi karena dibutuhkannya tenaga trampil terdidik untuk mendukung pengembangan industri. Masifikasi pendidikan tinggi mendorong terbentuknya asosiasi supra nasional yang ikut menentukan kebijakan makro sistem pendidikan di suatu negara.

#### **g. Bebas kepentingan (*Disinterestedness*)**

Nilai dari bebas kepentingan menyatakan bahwa seorang ilmuwan tidak boleh berniat mencari keuntungan pribadi dari ide atau

penelitian yang dilakukan atau keterlibatan dalam komunitas akademik. Hal ini bukan berarti bahwa seorang akademisi atau ilmuwan tidak boleh memiliki ambisi. Ambisi seorang akademisi atau ilmuwan haruslah ditujukan untuk mencari kebenaran, membuktikan asumsi atau hipotesisnya, atau melakukan eksplorasi ide untuk menghasilkan paradigma baru, konsep baru, dan lain-lain. Semua yang dilakukan adalah dalam rangka mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kesejahteraan hidup manusia (Cole, 2012).

Salah satu mekanisme yang telah berkembang di dalam dunia akademik adalah penelaahan sejawat (*peer review*). Dalam melakukan penelaahan sejawat untuk publikasi di jurnal, atau untuk pemilihan abstrak di suatu forum ilmiah, atau untuk seleksi hibah penelitian, seorang akademisi tidak boleh memiliki kepentingan pribadi atau mengambil keuntungan atau mendapat upeti dari kegiatan tersebut. Penelaahan sejawat betul-betul dilakukan secara bebas kepentingan untuk pemajuan ilmu pengetahuan (Cole, 2012).

Bebas kepentingan ini untuk menghindari terjadinya pelanggaran etika akademis, misalnya plagiat, atau skandal penelitian dengan fabrikasi data, dan penipuan penelitian. Akan tetapi, dengan adanya penghargaan dalam bentuk uang terhadap berbagai penemuan dalam bentuk hak paten dan hak kekayaan intelektual, maka nilai ini bisa menjadi terancam. Para ilmuwan dan akademisi akan terdorong untuk memperbesar penghasilan mereka dari kegiatan ini. Nilai dasar yang menjadi fondasi kegiatan ilmiah yang telah berlangsung berabad-abad bisa terancam.

Di Indonesia maupun di negara-negara Asia, tidak mudah mengimplementasikan 'nilai bebas kepentingan', karena banyak negara yang kehidupan akademik perguruan tingginya dipengaruhi oleh faktor politik internal dan eksternal serta faktor kultur. Penelitian mengenai sistem pendidikan tinggi di Thailand yang dilakukan oleh Prihatiningsih menunjukkan bahwa di Thailand semua dosen dan

tenaga kependidikan pada perguruan tinggi negeri adalah pegawai pemerintah yang bentuk negaranya adalah kerajaan, sehingga mereka memiliki mentalitas aristokratik. Pimpinan perguruan tinggi dan pimpinan fakultas sangat dihormati seperti dewa. Tidak ada yang berani menyampaikan pandangan atau pemikiran, apalagi mempertanyakan gagasan pimpinan (Prihatiningsih, 2003a).

#### **h. Pengelolaan berbasis otoritas (*Governance by authority*)**

Perguruan tinggi memiliki tradisi lebih dari seribu tahun. Awalnya otoritas penuh perguruan tinggi ada pada pimpinan dan majelis wali amanah untuk menjalankan perguruan tinggi, mulai dari perencanaan, alokasi biaya, rekrutmen sumber daya manusia, dan penganugerahan gelar akademik. Dalam perjalanannya kemudian, ketika tumbuh berbagai korporasi sebagai akibat revolusi industri pada abad ke delapan belas, perguruan tinggi mulai mengadopsi model manajemen perusahaan. Beberapa fungsi manajemen didelegasikan di tingkat fakultas dan pada organ perguruan tinggi, seperti senat universitas, komite, pusat kajian, lembaga penelitian dan sebagainya. Pimpinan perguruan tinggi memiliki semakin sedikit kekuasaan dan wewenang, sebaliknya fakultas, pusat dan lembaga-lembaga di bawah perguruan tinggi memiliki semakin banyak otonomi; akibatnya, perguruan tinggi menjadi organisasi yang longgar atau renggang. Pimpinan perguruan tinggi tidak bisa lagi mengatur atau mengendalikan pengoperasian unit-unit atau lembaga-lembaga di bawahnya (Cole, 2012).

Implikasi dari situasi ini adalah sulitnya dan lambatnya pengambilan keputusan. Struktur organisasi perguruan tinggi saat ini menjadikannya sulit untuk menetapkan siapa yang bertanggung jawab menanggung risiko suatu keputusan atau kebijakan. Proses pengambilan keputusan menjadi mahal karena harus melibatkan banyak pihak, misalnya senat universitas yang beranggotakan

puluhan hingga ratusan staf akademik. Terjadi saling kecurigaan dan prasangka antara departemen, antara fakultas, maupun antara unit terkait pengalokasian sumber daya.

Hal di atas juga terjadi di banyak perguruan tinggi di Asia, pada khususnya. Peran fakultas dan departemen sangat kuat dalam menentukan pengelolaan program studi, sehingga seolah-olah perguruan tinggi merupakan organisasi induk yang terdiri dari banyak organisasi yang beroperasi secara otonom. Di Indonesia, Undang-Undang No. 12/2012 tentang Pendidikan Tinggi dan turunannya Peraturan Pemerintah No. 14/2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi mencoba mengembalikan otoritas dan wewenang kepada pimpinan di tingkat universitas.

Ada aspek positif dan negatif dari situasi ini, ketika peran unit atau lembaga menjadi sangat besar. Dilihat dari aspek positif, pengadopsian sistem manajemen menurut model perusahaan, akan meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan dan kebijakan. Kecepatan ini diperlukan dalam era disrupsi teknologi 4.0 ini yang membutuhkan respon dan perubahan yang cepat. Kondisi ini memudahkan staf akademik untuk berimprovisasi dan berinovasi. Khususnya dalam melaksanakan penelitian-penelitian dan penemuan-penemuan terobosan, peneliti membutuhkan fleksibilitas dan pengambilan keputusan segera di tingkat kelompok peneliti atau departemen. Sisi negatifnya adalah alokasi sumber daya dan peluang untuk berkembang menjadi sangat ditentukan oleh fakultas atau departemen masing-masing.

### **i. Pewarisan intelektual (*Intellectual progeny*)**

Perguruan tinggi memiliki tugas mulia, yaitu mendidik dan melatih generasi muda yang akan mewarisi khasanah ilmu pengetahuan yang telah dikembangkan selama ribuan tahun, dan akan terus dikembangkan untuk masa depan oleh generasi penerusnya. Misi

utama sebuah perguruan tinggi adalah meneruskan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi ke generasi muda, salah satu bentuknya adalah dengan menantang mahasiswa dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan kritis yang mendorong mahasiswa untuk terstimulasi melakukan penelitian lanjutan dan merumuskan pertanyaannya sendiri (Cole, 2012).

Transmisi ilmu pengetahuan tidak sekedar transfer ilmu pengetahuan melalui kuliah di kelas dengan menyampaikan berbagai teori dan konsep yang telah dikembangkan. Dengan perkembangan teknologi digital, ilmu pengetahuan dapat ditransfer melalui metode daring dengan lebih efektif. Akan tetapi, transmisi ilmu pengetahuan memiliki makna lebih jauh lagi, yaitu bagaimana seorang profesor menantang mahasiswanya dengan berbagai pertanyaan kritis dan diskusi interaktif yang dapat dilakukan di dalam kelas, di ruang kerja, di ruang diskusi, di kantin, serta mentoring. Interaksi antara dosen dan mahasiswa secara langsung ini tidak dapat digantikan secara penuh menggunakan teknologi digital (Coles, 2012).

Kondisi di atas didukung oleh hasil penelitian mengenai implementasi pembelajaran daring (*e-learning*) di sebuah Fakultas Kedokteran di Indonesia yang menunjukkan hasil berupa penurunan nilai sumatif secara signifikan dibandingkan dengan sebelum menggunakan *e-learning* atau tatap muka penuh (Sri Sundari *et al.*, 2015).

#### **j. Daya hidup komunitas akademik (*The vitality of community*)**

Transmisi ilmu pengetahuan dan teknologi dari generasi ke generasi berikutnya dilakukan melalui perguruan tinggi. Oleh karena itu, proses kaderisasi akademisi dan ilmuwan terus dilakukan agar transmisi ini terus berjalan. Perekrutan generasi muda ilmuwan yang berbakat dilakukan secara sistematis di perguruan tinggi kelas dunia di negara maju. Perguruan tinggi kelas dunia berusaha

menarik bakat-bakat muda yang inovatif dan memberikan insentif yang menarik. Mereka tidak khawatir para peneliti muda ini akan menggeser posisi atau kedudukan para profesor yang telah mapan. Justru para peneliti muda inilah yang menghadirkan pemikiran dan ide-ide segar yang akan terus memberikan inspirasi perguruan tinggi untuk melakukan upaya pemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (Cole, 2012).

Akan tetapi penelitian Prihatiningsih menyimpulkan bahwa di negara berkembang, terutama di Asia, kultur primodialisme dan birokratis masih kuat melekat khususnya di perguruan tinggi negeri dan sebagian besar perguruan tinggi swasta, sehingga perekrutan tenaga peneliti belum melihat secara obyektif kapasitas, bakat maupun komitmen. Misalnya di Thailand, rekrutmen dan promosi masih ditentukan oleh seberapa dekat seseorang dengan atasannya atau dosen senior yang berpengaruh (Prihatiningsih, 2003a).

#### **k. Penelaahan sejawat (*Peer review*)**

Penelaahan sejawat memiliki sejarah panjang, bahkan sebelum tradisi penulisan berkembang di dunia kedokteran. Hal ini sesuai dengan usia profesi kedokteran yang telah dimulai sejak ribuan tahun sebelum masehi. Dengan ditemukannya mesin cetak pada tahun 1453, maka semakin dimungkinkan mendistribusikan berbagai dokumen kepada masyarakat. Adalah Francis Bacon yang pada tahun 1620 menerbitkan karyanya berjudul *Novum Organum* yang dianggap sebagai tonggak pertama munculnya upaya universal untuk menilai pengetahuan baru. Penelaahan sejawat semakin intensif dan diinstitutionalisasi terutama sejak berakhirnya perang dunia kedua yang ditandai dengan meningkatnya jumlah publikasi ilmiah (Kelly, *et al.*, 2014)

Penelaahan sejawat didefinisikan sebagai “suatu proses penyerahan hasil karya, hasil penelitian atau ide kepada pihak lain

yang ahli dalam bidang yang sama untuk dikaji” (Kelly *et al.*, 2014). Penelaahan sejawat ditujukan untuk dua hal. Pertama adalah sebagai saringan untuk memastikan bahwa yang dipublikasikan adalah riset bermutu tinggi, terutama di jurnal bereputasi, dengan menetapkan validitas, kepentingan dan keaslian penelitian. Kedua, penelaahan sejawat ditujukan untuk meningkatkan mutu manuskrip yang dinilai sesuai untuk publikasi. Penelaahan sejawat memberikan saran kepada penulis cara meningkatkan mutu manuskrip, serta mengidentifikasi kekeliruan sebelum publikasi. Saat ini penelaahan sejawat telah berkembang menjadi ‘sistem evaluasi’ untuk menilai promosi, pengangkatan, hibah penelitian, dan penilaian mutu suatu karya penelitian. Sistem penelaahan sejawat yang berfungsi dengan baik telah menjadi tulang punggung pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan merupakan jantung kebebasan akademik, walaupun demikian potensi bias tetap tidak bisa dipungkiri (Cole, 2012). Saat ini banyak perguruan tinggi, rumah sakit pendidikan dan rumah sakit yang telah membentuk Komisi Etik Riset (*Ethical Research Committee*). Penelitian menjadi kegiatan utama yang tidak terpisahkan dari kegiatan pendidikan dan pelayanan kesehatan di banyak negara.

Penelaahan sejawat merupakan mekanisme yang telah mapan untuk mengevaluasi dan mengakui hasil pemikiran ataupun karya baru di dalam suatu komunitas ilmiah. Mekanisme ini didasarkan pada pandangan bahwa pihak yang paling tepat untuk memberikan masukan atau pun kritikan terhadap produk ilmiah adalah sejawat — yaitu para ilmuwan dan akademisi — pada bidang ilmu yang sama. Sejawat dianggap memiliki penguasaan yang tinggi terhadap bidang ilmunya dan terus memutakhirkan diri terhadap penemuan dan kontribusi terbaru. Walaupun saat ini, pengertian ‘sejawat’ masih menjadi perdebatan, akan tetapi sistem penelaahan sejawat inilah yang sekarang menjadi tulang punggung pengembangan ilmu pada komunitas akademik saat ini (Cole, 2012).

## **I. Bekerja untuk kemanusiaan (*Working for the common good*)**

Sejak awal munculnya perguruan tinggi niatnya adalah menghasilkan ilmu pengetahuan yang memberikan manfaat kepada kemanusiaan dan memajukan peradaban. Niat ini diwujudkan melalui tridharma perguruan tinggi, yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Melalui darma pendidikan, perguruan tinggi menghasilkan lulusan dan profesional yang mengisi seluruh bidang kehidupan, baik organisasi pemerintah, swasta atau lembaga swadaya masyarakat, atau berwirausaha. Para lulusan ini akan mempengaruhi pengambilan kebijakan di tingkat makro hingga mikro. Melalui darma penelitian, perguruan tinggi menghasilkan produk-produk riset, yang berupa penemuan baru, konsep baru, strategi baru, paten, alih teknologi, hasil rekayasa, dan lain-lain yang bisa dimanfaatkan untuk kepentingan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesejahteraan hidup masyarakat.

## **2. KESIMPULAN**

Seperti telah dibahas pada Bab I dan Bab II bagian 1 bahwa konsep mutu dan manajemen mutu dikembangkan oleh para ahli mutu bersumber pada konteks industri manufaktur. Kerangka berpikir yang digunakan oleh para ahli tersebut adalah keseluruhan proses dalam industri manufaktur, mulai dari input, proses dan luaran, sehingga menghasilkan produk yang variasinya seminimal mungkin (diupayakan seragam), tidak ada defek, memuaskan pelanggan, dengan biaya seefisien mungkin, dan sesuai dengan spesifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Di dalam logika industri manufaktur ini, semua masukan atau bahan mentah akan melewati proses yang persis sama, bahkan sampai tingkat presisi yang sangat akurat. Bila di akhir proses ada luaran yang tidak sesuai dengan spesifikasi maka produk barang tersebut akan

dibuang (*reject*), dan bahkan akan dijual murah. Apakah konsep mutu dengan logika berpikir seperti ini bisa langsung diterapkan di dunia pendidikan tinggi? Apakah pendidikan tinggi bisa disetarakan dengan industri manufaktur?

Banyak ahli berpendapat bahwa pendidikan tinggi tidak bisa disetarakan dengan industri manufaktur. Pendidikan tinggi adalah organisasi yang menghasilkan jasa. Para ahli sudah mengembangkan konsep-konsep mutu berbasis industri jasa, dengan mengutamakan pada kepuasan pelanggan.

Parasuraman *et al.* telah mengidentifikasi tiga karakteristik mutu pelayanan, yaitu tidak berwujud (*intangibile*), heterogenitas, dan tidak terpisahkan (*inseparability*). Pelayanan bukanlah suatu benda. Hampir semua pelayanan tidak bisa dihitung, diukur, diuji, disimpan atau diverifikasi sebelum diberikan. Pelayanan bersifat fleksibel untuk memenuhi kebutuhan pelanggan, bahkan sampai tingkat individu. Dengan kebutuhan pelanggan yang sangat bervariasi, industri jasa dapat menyesuaikan layanannya. Industri jasa tidak bisa dipisahkan secara tegas antara proses produksi dan konsumsi. Hal ini berbeda dengan industri manufaktur, yang setiap tahap mulai dari penyediaan bahan baku, tahap-tahap proses produksi, hingga pengemasan produk, dan distribusi ke berbagai toko atau grosir dapat dipilah-pilah. Dengan demikian, pada industri jasa mutu hanya bisa ditentukan saat pelanggan berinteraksi dengan layanan yang diberikan (Parasuraman *et al.*, 1985).

Apakah pengertian mutu pelayanan seperti yang diusulkan oleh Parasuraman *et al.* (1985) tepat untuk dijadikan landasan konsep bagi mutu perguruan tinggi? Pada satu sisi ada unsur mutu pelayanan pada perguruan tinggi. Hal ini terlihat pada pelayanan kepada mahasiswa yang mencakup mulai dari pelayanan administrasi seleksi dan rekrutmen, administrasi akademik, pelayanan asrama mahasiswa, pelayanan kantin, pelayanan kebutuhan pendidikan, pelayanan bimbingan konseling dan bimbingan karir. Begitu pula

pelayanan kepada dosen dapat mencakup pelayanan administrasi kepegawaian, kenaikan pangkat dan jabatan, pengembangan karir, pengembangan profesi dosen, administrasi penelitian, pengelolaan laboratorium, dan sebagainya. Pelayanan-pelayanan ini dikelompokkan sebagai pelayanan penunjang atau pelayanan non akademik. Konsep Parasuraman *et al.* dapat digunakan untuk pelayanan non akademik ini.

Dunia pendidikan tinggi memiliki misi utama pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat yang lazim disebut sebagai 'Tridharma Perguruan Tinggi'. Ketiga misi utama ini berbeda dengan pelayanan non akademik, sehingga konsep Parasuraman *et al.* (1985) tidak dapat digunakan di sini. Ketiga misi utama ini dikelompokkan sebagai pelayanan akademik atau bidang akademik. Ketiga misi utama inilah yang membedakan antara pendidikan tinggi dengan industri manufaktur dan industri jasa. Pendidikan tinggi melibatkan berbagai pemangku kepentingan, mulai dari tingkat instansi yaitu dosen, mahasiswa dan tenaga kependidikan; lalu tingkat regional dan nasional, mulai dari Pemerintah, pengguna, masyarakat, asosiasi profesi dan alumni; serta tingkat internasional yang mencakup asosiasi profesi, lembaga-lembaga kerja sama internasional, serta pengguna internasional. Perguruan tinggi dalam menyelenggarakan Tridharma Pendidikan Tinggi terikat oleh berbagai regulasi peraturan dan perundangan, standar-standar, serta nilai, norma dan etika akademik.

Undang-Undang Pendidikan Tinggi No. 12/2012 menegaskan asas pendidikan tinggi yang terdiri dari kebenaran ilmiah, penalaran, kejujuran, keadilan, manfaat, kebajikan, tanggung jawab, kebhinekaan dan keterjangkauan. Selanjutnya dalam Pasal 4 dijelaskan fungsi pendidikan tinggi, yaitu:

- a) mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa;

- b) mengembangkan sivitas akademika yang inovatif, responsif, kreatif, trampil, berdaya saing serta kooperatif melalui pelaksanaan Tridharma, dan
- c) mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora.

Jelaslah bahwa pendidikan tinggi secara keseluruhan tidak dapat disamakan dengan industri manufaktur atau industri jasa. Pendidikan tinggi memiliki fungsi luhur dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, tidak sekedar memenuhi kepuasan pelanggan (Undang-Undang Pendidikan Tinggi No. 12 Tahun 2012).

## **BAB III**

---

# **KENDALA IMPLEMENTASI SISTEM PENJAMINAN MUTU DALAM KONTEKS PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

## **1. PENDAHULUAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai ketidaksesuaian antara konsep dan model sistem penjaminan mutu yang dikembangkan oleh dunia industri dengan dunia Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Pada Bab II sebelumnya ketidaksesuaian dengan pendidikan tinggi telah dikupas. Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan adalah bagian dari sistem pendidikan tinggi, walaupun demikian memiliki karakteristik yang lebih spesifik lagi dibandingkan dengan Pendidikan tinggi secara umum. Dengan demikian, selain memiliki karakteristik pendidikan tinggi, pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan mengemban misi tanggung jawab sosial yang lebih luas. Untuk lebih bisa memahami bagaimana karakteristik Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, maka akan dibahas mengenai perkembangan Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, kemudian akan disimpulkan kekhususan dan kekhasannya.

## 2. PERKEMBANGAN PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN

Menurut Puschmann pendidikan kedokteran memiliki sejarah panjang yang dimulai sejak ribuan tahun yang lalu. Kondisi sehat dan sakit erat dengan kehidupan manusia, sehingga sejak awal peradaban manusia selalu ada pihak yang membutuhkan pengobatan dan pihak yang menyediakan pengobatan yang sering disebut tabib atau penyembuh (healer). Sejarah praktik pengobatan kuno dimulai di India, Mesir dan Yunani. Hipokrates yang hidup pada tahun 460 SM–370 SM mempelopori ‘sumpah’ bagi profesi dokter agar penanganan terhadap penderita dilakukan secara bertanggung jawab, bersungguh-sungguh dan sesuai dengan kemampuan dokter. Pada masa ini pendidikan kedokteran dilakukan dengan metode ‘magang’, yaitu seseorang yang ingin menjadi penyembuh harus mencari seorang pendidik dan mengamati apa yang dilakukan, lalu mengikuti perintah sang pendidik. Pendidiklah yang menentukan kapan seseorang dianggap mampu menjalankan tugas sebagai penyembuh (Puschmann, 1891).

Beberapa prinsip yang ada masa pendidikan kedokteran kuno diantaranya adalah

- 1) sudah adanya semacam sistem seleksi untuk penerimaan murid;
- 2) penekanan akan nilai-nilai dan tanggung jawab dari seorang guru;
- 3) penekanan akan perilaku yang baik dan prinsip-prinsip etika sudah dikedepankan;
- 4) sudah terdapat sistem *assessment* bagi para murid meskipun masih sangat terbatas;
- 5) kegiatan belajar disampaikan secara lisan dan dengan cara mengikuti dan melihat kegiatan yang dilakukan oleh guru; penggunaan beberapa buku dan perpustakaan dilaporkan sudah ada;

- 6) terbatasnya dasar pengetahuan kedokteran menyebabkan paradigma sehat sakit yang masih terbatas;
- 7) sudah terdapat kegiatan semacam penelitian namun metodologi dikatakan masih sangat lemah (Yohanes, 2013).

Pada awalnya, keperawatan dipandang sebagai bentuk pelayanan komunitas dan aslinya berhubungan erat dengan insting yang kuat tentang bagaimana memelihara dan melindungi keluarga (Donahue, 1985, dikutip dari Potter & Perry, 1998, p. 4). Sistem keperawatan sama tuanya dengan sistem pengobatan yang saling ketergantungan. Pada masa Hippocrates, pengobatan berjalan tanpa perawatan, sedangkan pada abad pertengahan, keperawatan dipraktikkan tanpa pengobatan (Nurul Fauziah, 2013).

Pada kebudayaan kuno, kesehatan diasosiasikan dengan kepercayaan religius dan mitos. Pemimpin spiritual pada masa itu bertanggung jawab untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit yang dipercaya merupakan kutukan dari dewa. Pada masa ini, peran perawat dipandang rendah. Perawat memperlakukan orang sakit sesuai dengan arahan sang pemimpin spiritual dan pada umumnya memfokuskan pekerjaannya dalam menjaga kebersihan klien tanpa terlibat dalam promosi dan pendidikan kepada keluarga (Nurul Fauziah, 2013).

Berikut ini ulasan sejarah pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan pada setiap masa agar bisa disimpulkan kekhasan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

### **a. Masa Islam**

Zaman keemasan Islam yang dimulai pada abad kedelapan hingga abad kelima belas telah banyak membawa kemajuan pada pengembangan sistem pelayanan kesehatan yang merupakan cikal bakal sistem modern yang kita kenal sekarang. Kemajuan ini

didasarkan pada metode observasi dan eksperimen yang mulai digunakan secara luas oleh ilmuwan muslim. Kontribusi terbesar dari zaman ini adalah pertama kalinya didirikan rumah sakit seperti yang kita kenal sekarang. Rumah sakit ini menyediakan pelayanan kesehatan kepada pasien rawat inap, selain itu juga mengirim dokter dan bidan ke daerah-daerah pedesaan untuk melayani masyarakat, terutama aspek pencegahan. Selain itu, pertamakalinya dilakukan pencatatan dan diterapkannya metode mitra bestari Perkembangan pelayanan kesehatan yang pesat pada masa keemasan Islam ini dilandasi oleh nilai dan keyakinan dari Al-Quran dan Hadist yang menyatakan bahwa kewajiban muslim untuk menolong penderita. Selain itu, keyakinan bahwa Allah SWT telah menyediakan obat bagi setiap penyakit telah mendorong dilakukannya berbagai penelitian kedokteran dan kesehatan yang berpusat di rumah sakit (Shuttleworth, 2010). Gambar 2 menunjukkan pelayanan kesehatan pada masa keemasan Islam.



**Gambar 2. Pelayanan kesehatan pada masa keemasan Islam**  
([www.kebangkitanumatislam.blogspot.com](http://www.kebangkitanumatislam.blogspot.com) diakses pada 27 April 2016)

Perkembangan pesat di bidang pelayanan kesehatan pada masa keemasan Islam telah membawa kemajuan pula pada pendidikan kedokteran yang lebih terstruktur dan sistematis berbasis tutorial dan *bedside teaching* di berbagai rumah sakit yang tersebar di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan (Shuttleworth, 2010). Beberapa wilayah Islam mulai mendirikan perguruan tinggi, seperti Perguruan Tinggi Al-Azhar di Mesir. Akan tetapi pendidikan kedokteran tetap berbasis di rumah sakit pendidikan, yang juga merupakan pusat penelitian kedokteran.

Pada abad ke-11 dan 12 Masehi berkembang universitas-universitas yang menyelenggarakan pendidikan dokter dan mulai ada proses ujian dan seremonial kelulusan, antara lain di Universitas Al-Azhar dan Universitas Bagdad. Terdapat kewajiban bagi dokter-dokter baru untuk menjadi guru dan mengajar di sekolah asalnya. Pengetahuan di bidang kedokteran belum banyak berubah. Proses belajar yang ada masih seperti masa-masa sebelumnya, disampaikan secara lisan dan melihat kegiatan yang dilakukan guru dan mencatatnya, namun di sini murid-murid sudah lebih aktif untuk berdiskusi dan berdebat. Lebih banyak lagi buku-buku dan perpustakaan yang ada (Calman 2007).

## **b. Masa Abad Pertengahan**

Pada abad pertengahan hingga abad kesembilan belas perkembangan pelayanan kesehatan berkembang sangat pesat karena pada masa-masa ini terjadi ledakan ilmu pengetahuan. Beberapa perguruan tinggi mulai berdiri di wilayah Eropa, seperti di Inggris (Universitas Cambridge dan Oxford), di Belgia, di Belanda (Universitas Groningen) dan di Prancis (Universitas Montpellier). Dengan berkembangnya berbagai percabangan ilmu pengetahuan, seperti fisika, kimia, biologi, botani, zoologi dan ilmu-ilmu sosial, maka beberapa perguruan tinggi di Eropa mulai mensyaratkan

perlunya perkuliahan ilmu dasar di perguruan tinggi sebagai syarat sebelum peserta didik bisa memulai magang di rumah sakit.



**Gambar 3. *Bedsite teaching* pada zaman keemasan Islam**  
([www.penarevolusi.wordpress.com](http://www.penarevolusi.wordpress.com) diakses tanggal 28 April 2016)



**Gambar 4. Pendidikan Kedokteran dengan kuliah di Perguruan Tinggi Abad Pertengahan**  
([www.eramuslim.com](http://www.eramuslim.com) diakses tanggal 28 April 2016)

Penemuan mesin cetak oleh Guternberg membawa revolusi yang cukup besar dalam pengembangan disiplin ilmu kedokteran dan penyebarluasan buku-buku kedokteran. Ilmu-ilmu kedokteran dasar, seperti anatomi, faal, biokimia, patologi, dan farmakologi berkembang sangat pesat. Pertamakalinya diseksi tubuh manusia diajarkan secara terbuka pada mahasiswa kedokteran adalah oleh Vesalius (Calman, 2007)

Abad 18 menandai perubahan signifikan dalam perkembangan ilmu kedokteran, terutama setelah ditemukannya mikroskop dan antibiotik penisilin. Walaupun pada masa itu pendidikan kedokteran belum memiliki kurikulum yang terstruktur, selain kuliah satu arah, pendidikan klinik di rumah sakit telah mulai dilakukan. Pendidikan klinik ini dipelopori oleh Perancis, setelah revolusi, Pemerintah mendirikan fakultas kedokteran di Paris, Montpellier, dan Strasbourg. Pada saat yang sama, di Jerman, Inggris dan Amerika Serikat terjadi perkembangan pesat dalam bidang ilmu kedokteran dasar secara ilmiah melalui pengembangan metode eksperimen. Ilmu kedokteran klinik juga tumbuh dengan munculnya percabangan ilmu kedokteran klinik, seperti ilmu penyakit dalam, ilmu bedah, ilmu penyakit anak dan lain-lain. Hal ini dikuti dengan berkembangnya pendidikan spesialis (Calman, 2007).

### **c. Masa Abad ke-18**

Pada abad ke 18, baik di Amerika maupun di Eropa, hanya orang-orang yang berasal dari kalangan sosial tertentu saja yang bisa menjadi dokter. Kala itu, profesi dokter dianggap berbeda dari profesi kesehatan lainnya dan hanya bisa dipelajari di universitas. Materi yang dipelajaripun terbatas pada literatur dan bahasa yang digunakan terbatas pada bahasa latin saja.

Pada akhir abad ke-18, perubahan mulai terjadi. Meningkatnya minat dibidang *natural science*, membuat berkembangnya ilmu

pengetahuan dibidang anatomi dan hukum kedokteran serta munculnya ilmu baru seperti *chemistry*, *botany* dan *physiology*. Sedangkan pada pelaksanaan pembelajarannya, mulai digunakan bahasa selain bahasa Latin. Selain itu, *barrier* antara berbagai profesi kesehatan mulai dihilangkan. Program pembelajaran yang digunakan masih bervariasi di tiap-tiap universitas, namun mulai menunjukkan adanya kesamaan struktur program (Dewi, 2013)

Perubahan yang sangat signifikan terjadi pada abad ke-19 terjadi transformasi pada pengetahuan di bidang kedokteran, perubahan keadaan sosial dan terjadi perubahan pada lingkup profesi dokter. Pada abad ini untuk pertama kali terbentuk jurnal kedokteran, sebagai salah satu media untuk menyediakan informasi terkini dari perkembangan ilmu pendidikan dokter, yaitu *British Medical Journal* (BMJ) dan *The Lancet*. Pada awal abad ke-19 ini metode pendidikan klinik sangat terbatas bahkan tidak ada. Salah satu penemuan utama pada abad ini adalah penemuan stetoskop oleh Laennec. Diikuti penemuan oleh Louis Pasteur, Charles Darwin, Virchow, Koch dan lain-lain. Pemahaman bahwa faktor sosial juga mempunyai peran dalam kesehatan berangsur-angsur dipahami dan menjadi bagian dalam kurikulum pendidikan dokter. Pada abad ini pula terbentuk badan yang merupakan asosiasi profesi yaitu *British Medical Association* (BMA) dan *General medical Council* (GMC). Keikutsertaan seorang perempuan dalam pendidikan dokter masih dibatasi. Pengobatan dan paradigma sehat sakit beralih kepada *scientific based* (Sudarmanto, 2013)

#### **d. Masa Abad ke-20**

Pendidikan kedokteran di Amerika awalnya masih mengadaptasi model pendidikan di Eropa karena mayoritas pendidikannya berasal dari universitas di Eropa. Namun pada akhir abad ke-19, orientasi

penyelenggaraan pendidikan ini lebih condong ke arah mencari untung sehingga kualitasnya diragukan. Pada awal abad ke-20, kondisi pendidikan kedokteran di Amerika Serikat berada dalam kondisi menyedihkan. Jumlah fakultas kedokteran sangat banyak, karena pembukaan fakultas kedokteran sangat mudah tanpa standar yang jelas. Ada fakultas kedokteran yang membutuhkan waktu hanya 4 bulan dengan metode belajar seluruhnya magang. Akibatnya, jumlah lulusan dokter menjadi berlebihan dengan kemampuan yang rendah. Melihat kondisi ini, *the Carnegie Foundation for Advancement of Teaching* menugaskan Abraham Flexner untuk melakukan evaluasi terhadap seluruh fakultas kedokteran yang berjumlah sekitar 150. Presiden yayasan ini — Henry S. Peitchett — berpendapat bahwa kondisi yang tidak terkendali ini, akan merusak kehidupan masyarakat dalam jangka panjang. Jumlah dokter yang berlebihan akan mendorong dokter untuk melakukan malpraktik. Sebaliknya, bila jumlah dokter kurang dari yang dibutuhkan, membuat masyarakat tidak mendapat pelayanan kesehatan yang baik. Begitu pula, bila jumlah fakultas kedokteran tidak bisa dikendalikan dengan kondisi yang minim dan kurikulum yang tidak jelas, serta lebih kuat misi komersialisasinya, maka dokter yang dihasilkan juga akan memiliki kemampuan yang rendah (Duffy, 2011).

Pendidikan kedokteran di Amerika mulai berdiri pada abad ke-18 oleh dokter alumni dari sekolah kedokteran di Eropa. Perkembangan dan perubahan yang terjadi dalam pendidikan kedokteran banyak dipengaruhi oleh konteks-konteks sosial dan politik. Pada akhir abad ke-19, banyak berdiri sekolah-sekolah kedokteran di Amerika, seperti halnya di Eropa, banyak yang berdiri untuk tujuan *profit* sehingga standar hasil dari lulusan yang ada menjadi pertanyaan (Cooke *et al.*, 2006). Flexner mengusulkan agar institusi pendidikan dokter harus menjadi bagian integral dari sebuah universitas, fakultas kedokteran nantinya harus terlibat aktif dalam berbagai

*research*, mahasiswa harus berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan laboratorium dan ikut terlibat dalam pengalaman klinik yang sesungguhnya. Sistem pendidikan kedokteran yang diusulkan adalah tahapan preklinik untuk mempelajari *basic science* selama 1–2 tahun dan dilanjutkan tahapan klinik selama 2–3 tahun (Beck, 2004).

Sebagai seorang pendidik Flexner menganut filosofi pendidikan dari John Dewey. Filosofi tersebut dilandasi pada model pendidikan progresif yang meyakini bahwa siswa belajar dengan melakukan (*learning by doing*) dan dengan menyelesaikan masalah, bukan sekedar menghafal. Saat itu, masih banyak yang beranggapan bahwa belajar adalah menghafal. Dalam rangka melaksanakan tugas dari the Carnegie Foundation, Flexner melakukan perjalanan ke Jerman, Perancis dan Inggris. Flexner terkesan pada sistem pendidikan di Jerman saat itu yang berprinsip bahwa kedokteran adalah disiplin ilmiah (*scientific discipline*). Dengan sistem ini, dokter yang juga berperan sebagai ilmuwan memulai pendidikan tahap akademik di laboratorium penelitian sebagai fondasi untuk pendidikan klinik dan penelitian di rumah sakit pendidikan. Semua dokter berkewajiban untuk menghasilkan pengetahuan baru dan berkontribusi pada pengembangan ilmu kedokteran. Menurut Flexner, seorang dokter yang ideal adalah dokter yang menguasai ilmu pengetahuan. Hal ini disebabkan ilmu pengetahuan sebagai fondasi yang melandasi bangunan sistem pelayanan kesehatan. Ilmu pengetahuanlah yang mendorong dokter untuk terus hidup dan berkembang (Duffy, 2011).

Laporan Flexner dianggap fenomenal karena telah membawa reformasi pendidikan kedokteran di seluruh Amerika Serikat dan Kanada. Laporan Flexner menekankan pentingnya ilmu biomedis sebagai landasan untuk mempelajari ilmu klinik, sehingga pendidikan kedokteran harus melalui dua tahap. Tahap pertama adalah tahap yang merupakan pendidikan akademik berbasis

universitas. Tujuan tahap pertama adalah menguasai ilmu biomedik dan berbagai ilmu lain yang diperlukan untuk melakukan praktik kedokteran. Tahap kedua adalah tahap pendidikan klinik di rumah sakit. Pada tahap ini, mahasiswa kedokteran mendapat kesempatan untuk terpapar dengan sistem pelayanan kesehatan dan berlatih untuk menerapkan ilmu kedokteran dalam konteks klinik. Laporan Flexner telah mereformasi pola pendidikan kedokteran yang sudah berlangsung sejak abad ke-15 yang berbasis rumah sakit dengan metode magang menjadi berbasis universitas dengan metode belajar aktif dan berbasis masalah. Sebelum mengikuti pendidikan dokter, mahasiswa harus sudah menguasai ilmu kedokteran dasar. Akibat hal ini adalah mahasiswa telah menyelesaikan sarjana dalam bidang sains (*Bachelor of Science*) sebelum mendaftar ke fakultas kedokteran. Pola pendidikan kedokteran yang digagas oleh Flexner ini secara cepat diadopsi oleh banyak institusi pendidikan kedokteran yang mulai menjamur di berbagai negara pada awal abad ke-20 (Hiatt & Stockton, 2003).

Pada tahun 1992, *The Johnson Wood* melaporkan beberapa rekomendasi untuk pendidikan kedokteran yang ada. Pertama, menekankan pentingnya integrasi *basic science* yang disebarkan secara merata pada kurikulum yang ada, penggunaan masalah klinik pada tahun-tahun pertama yang bersifat interdisiplin dan interdepartemen; Kedua, memasukkan unsur ilmu sosial dan perilaku terkait sehat dan sakit, statistik, etik dalam kurikulum pendidikan dokter; Ketiga, perluasan wahana belajar pada fasilitas-fasilitas kesehatan tersier; Keempat, penggunaan metode *assessment* yang terintegrasi dan sesuai dengan kurikulum dan tujuan belajar yang ada. Kemudian pada tahun 1993, *General Medical Council* (GMC) pertama kali menerbitkan 'Tomorrow's Doctor' yang berisikan serangkaian kemampuan yang harus dikuasai oleh seorang dokter. Dokumen ini diperbarui tahun 2009 dan terakhir tahun 2015 dengan judul '*Outcomes for Graduates*' yang

memberikan rekomendasi bahwa proses pendidikan dokter harus dapat membentuk mahasiswanya menjadi seorang yang profesional dan memiliki kemampuan *self-directed life-long learning*, kurikulum yang ada harus memuat *compassion*, komunikasi efektif, perilaku profesional, dan memberi ruang untuk terciptanya situasi belajar aktif (GMC, 2018)

Perkembangan yang sangat berpengaruh dalam pendidikan kedokteran di seluruh belahan dunia adalah inovasi *problem based learning* yang pertama kali dilakukan di McMaster University pada tahun 1969. Selain itu juga mulai berkembangnya penggunaan pasien standard untuk pendidikan di klinik, pengembangan metode *assessment* yang terintegrasi dan pengintegrasian *basic science* dan pendidikan klinik pada kurikulum; hal-hal tersebut menjadi tema-tema revisi kurikulum pendidikan dokter pada intitusi pendidikan kedokteran di dunia. Kesadaran akan pentingnya pendirian unit/ departemen pendidikan kedokteran (MEU) mulai tumbuh di setiap institusi pendidikan kedokteran. Peran sentral MEU salah satunya adalah melakukan *research* dan pencarian berbasis bukti ilmiah akan sebuah pelaksanaan pendidikan kedokteran yang lebih baik (Amin & Hoon Eng, 2007). Hal inilah yang memungkinkan perkembangan dan perubahan dimasa yang akan datang pada kurikulum pendidikan dokter (Sudarmanto, 2013)

Perkembangan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan kemudian berlanjut ke pendidikan keperawatan. Perawat adalah jumlah tenaga kesehatan yang terbesar di Amerika Serikat. Laporan Brown menekankan pentingnya landasan ilmu pengetahuan bagi seorang perawat, agar ketika melayani pasien ada landasan ilmiahnya. Brown mengusulkan ada dua tahap pendidikan keperawatan, yaitu perawat dasar dan perawat profesional, serta memindahkan pendidikan keperawatan yang berbasis rumah sakit menjadi pendidikan keperawatan berbasis universitas (Morin, 2014).

Sebuah sekolah bernama St. Chaterine's berdiri di Ontario, Kanada tahun 1874 dengan mengadaptasi sistem sekolah Nightingale. Setelah itu berdiri pula Johns Hopkins Training School di Baltimore, Maryland oleh Isabelle Hampton serta mendirikan American Nurses Association (ANA) pada tahun 1911 sekaligus menerbitkan *American Journal of Nursing*. Pendidikan keperawatan di Amerika mulai berkembang pada tahun 1923 setelah Rockefeller Foundation berinisiatif untuk mendanai pembentukan berbagai program keperawatan. Saat itulah didirikan program keperawatan di Yale University, Vanderbilt University dan University of Toronto. Selain itu juga didirikan program keperawatan di Western Reserve University yang didanai oleh Frances Payne Bolton. Seiring perkembangan tersebut, maka didirikanlah Graduate nurse-midwifery program pada tahun 1920-an dan pada tahun 1950-an didirikan organisasi program spesialis seperti Association of Operating Room Nurses (1949), American Association of Critical Care Nurses (1969) dan Oncology Nursing Society (1975) (Fauziah, 2013).

Seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk, kebutuhan akan perawat semakin meningkat. Pada awal abad ke-19, didirikanlah *The Deaconess Institute of Keiserswerth* oleh Pastor Theodore Fliedner di tahun 1836 (Kreutzer & Nolte, 2016). Pada tahun 1860, salah seorang lulusannya bernama Florence Nightingale mendirikan sebuah program pelatihan yang pertama bernama *The Nightingale Training School for Nurses* di St. Thomas Hospital, London. Sejak itu, perkembangan ilmu keperawatan sangat pesat hingga lahir berbagai model yang menjadi dasar bagi banyak pendidikan keperawatan di dunia. Program-program keperawatan bermunculan hingga ke negara-negara berkembang seperti Indonesia, dan pengaruh pendidikan keperawatan di Eropa dan Amerika sedikit banyaknya menjadi sari dari sistem pendidikan keperawatan di Indonesia (Fauziah, 2013).

Masa penjajahan membawa pengaruh budaya barat ke Asia, salah satunya Ilmu Kedokteran. Pada akhir abad ke-19, sudah banyak sekolah kedokteran yang berdiri di Asia. Sistem pendidikan yang digunakan di masing-masing negara berbeda sesuai dengan pengaruh negara yang menjajah. Gambaran umum mengenai pendidikan kedokteran di wilayah Asia Tenggara adalah sebagai berikut: terdapat sedikit sekolah kedokteran yang menggunakan kurikulum terintegrasi penuh, *early clinical exposure*, yaitu kontak langsung dengan pasien yang dilakukan oleh mahasiswa sebelum akhir tahun ke-2, diterapkan sebagian kecil sekolah kedokteran di Asia Tenggara, metode *assessment* yang paling banyak digunakan adalah metode *multiple-choice questions* (MCQ) dan ujian oral (Amin & Hoon Eng, 2007)

Mayoritas sekolah kedokteran di Asia, didirikan dan dikelola oleh pemerintah. Meskipun kontrol pemerintah memiliki beberapa aspek negatif seperti rendahnya tingkat perubahan dan adaptasi inovasi terbaru di sekolah kedokteran, kontrol pemerintah ini dikatakan juga memiliki aspek positif menjaga standar pendidikan kedokteran pada tingkat tertentu. Namun standar pendidikan ini semakin menurun dengan semakin banyak berdirinya sekolah kedokteran swasta yang lebih berorientasi pada keuntungan dari pada kualitas pendidikan. Banyak sekolah kedokteran di Asia masih berjuang untuk merevitalisasi sistem pendidikannya dan menyesuaikannya dengan kebutuhan masyarakat. Pelaksanaan pendidikan pada kelas besar, kurangnya kesempatan mahasiswa untuk belajar mandiri, serta sistem penilaian yang kurang validitas dan reliabilitasnya merupakan masalah yang ditemui pada hampir seluruh sekolah kedokteran di Asia (Fauziah, 2013).

Pendidikan kedokteran di Indonesia mendapat pengaruh dari negara Belanda yang kala itu menjajah Indonesia. Hingga tahun 1945, pendidikan kedokteran di Indonesia masih mengikuti sistem pendidikan kedokteran Belanda (1851–1942) dan Jepang (1942–

1945). Kemudian, hingga tahun 1960 diterapkan sistem bebas (studi bebas) sebelum akhirnya dikembangkan sistem kredit semester (SKS) pada tahun 1974 (Dewi, 2013).

Kurikulum pendidikan kedokteran kemudian mengalami pembaruan setiap sepuluh tahun dan merupakan kurikulum nasional yang disebut Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia (KIPDI). Telah berjalan tiga revisi KIPDI, yaitu KIPDI I (1982), KIPDI II (1992) dan KIPDI III (2004). Pada tahun 2004 sejalan dengan pemberlakuan Surat Keputusan Menteri Pendidikan Nasional No. 045/2002 tentang Kurikulum Berbasis Kompetensi, maka mulai dikenalkan kurikulum berbasis kompetensi yang difasilitasi oleh *Proyek Health Workforce Service* (HWS) dari Departemen Pendidikan Nasional. Dengan diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004 yang diikuti dengan pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), maka pada tahun 2006 KKI mengesahkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Standar Pendidikan Profesi Dokter sesuai dengan mandat dari Undang-Undang Praktik Kedokteran. Pada tahun 2012 telah dilakukan revisi terhadap Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Standar Pendidikan Profesi Dokter. Kekhasan dari Standar Kompetensi Dokter Indonesia adalah adanya tingkat kompetensi pada setiap keadaan penyakit dan tingkat kemampuan untuk ketrampilan klinik.

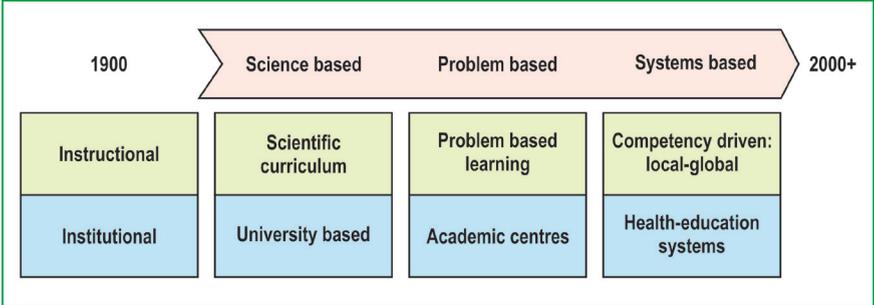
## **2. KARAKTERISTIK PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan memiliki karakteristik sebagai berikut.

### **a. Evolusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan**

Pendidikan kedokteran telah dimulai sejak ribuan tahun yang lalu, jauh sebelum adanya konsep pendidikan tinggi, apalagi konsep

penjaminan mutu. Keberadaan Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan telah ada dalam sejarah umat manusia sejak ribuan tahun yang lalu, seiring dengan kebutuhan masyarakat akan upaya-upaya penyembuhan. Evolusi Pendidikan kedokteran dipengaruhi oleh evolusi praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan, sedangkan evolusi ilmu dan teknologi kedokteran mempengaruhi evolusi praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan. Frenk *et al.* (2010) telah mengeluarkan artikel yang secara komprehensif menegaskan bahwa dengan perkembangan ilmu dan teknologi yang sedemikian pesat pada abad ke-21 yang mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan, serta diikuti dengan berbagai tantangan bidang kesehatan yang masih ada — seperti disparitas, ketidakmerataan akses, serta berbagai indikator kesehatan yang buruk — diperlukan transformasi Pendidikan kedokteran generasi ketiga untuk memperkuat sistem kesehatan. Seperti pada Gambar 5 berikut ini.



**Gambar 5. Tiga Generasi Reformasi Pendidikan Kedokteran**  
(Frenk *et al.*, 2010)

Dari gambar ini terlihat bahwa sebelum abad ke-20, pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dilaksanakan secara magang penuh (*apprenticeship*) di rumah sakit, tanpa ada muatan ilmu kedokteran dasar, paraklinik dan klinik. Reformasi Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang pertama

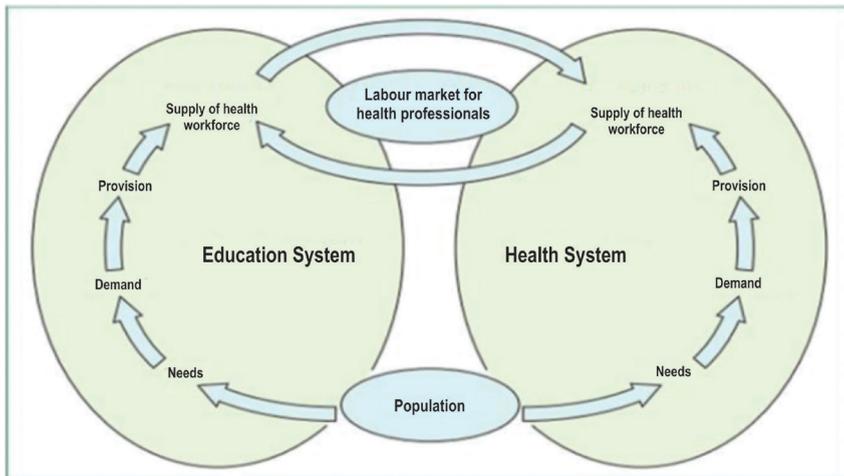
dilakukan setelah terbitnya laporan yang sangat fenomenal di awal abad ke-20 yang ditulis oleh Abraham Flexner. Laporan ini menekankan bahwa Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan perlu dibekali dengan muatan keilmuan yang memadai, sehingga perlu diawali dengan tahap akademik di perguruan tinggi. Dalam perjalanannya, pada tahun 1950-an ternyata para ahli pendidikan menemukan bahwa penekanan terlalu besar pada penguasaan ilmu kedokteran menyebabkan selama proses pendidikan tahap akademik mahasiswa menjauh dari pasien dan terlepas dari konteks sistem pelayanan kesehatan. Karena itu, reformasi generasi kedua mengarahkan sistem Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan ke *problem-based learning*, yaitu proses pendidikan yang dimulai dari masalah yang ditemukan di dunia nyata, dan menggunakan masalah ini sebagai *starting point* pendidikan. Sejak awal mahasiswa dikenalkan kepada berbagai permasalahan yang nanti akan dijumpai ketika lulus. Ternyata, pada tahun 1970-an, pendekatan *problem-based learning* tidak cukup. Selanjutnya disadari bahwa lulusan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan di masyarakat, sehingga perlu memiliki kompetensi sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan. Sejak itulah berkembang *competence-based medical education*.

#### **b. Hubungan erat antara pendidikan dan pelayanan kesehatan**

Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan. Sejarah telah mencatat seperti disampaikan pada bab sebelumnya bahwa perkembangan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dipengaruhi dan mempengaruhi perkembangan praktik kedokteran dan pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, era disrupsi teknologi 4.0 yang saat ini terjadi menimbulkan cara-cara baru seperti *telemedicine*

dan *telehealth*, begitu pula perkembangan alat diagnostik yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien. Pola hubungan dokter-pasien mengalami perubahan. Peran dokter sebagai pengambil keputusan mengalami perubahan peran di era disrupsi ini menjadi dokter sebagai *'coach'* dan pasien mengelola sendiri kesehatannya.

Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dilaksanakan tanpa keterlibatan sistem pelayanan kesehatan, begitu pula sistem pelayanan kesehatan tidak dapat berjalan tanpa keterlibatan sistem Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Hal ini terilustrasikan dengan jelas pada Gambar 6 berikut ini.



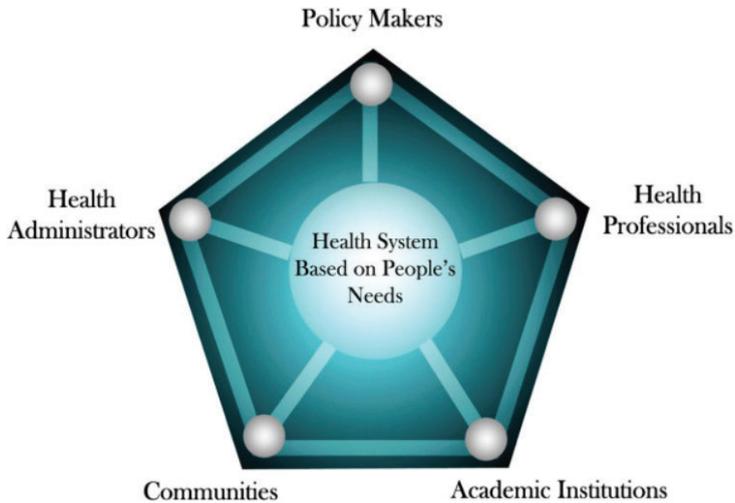
**Gambar 6. Saling ketergantungan antara sistem pendidikan dan sistem kesehatan**  
(Frenk, et al, 2010)

Sistem Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan sebagai penyedia sumber daya manusia bidang kesehatan yang akan melaksanakan sistem pelayanan kesehatan yang akhirnya akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu, dalam menyelenggarakan pendidikan kedokteran perlu

sejalan (*aligned*) dengan sistem pelayanan kesehatan. Sebaliknya, sistem pelayanan kesehatan dapat memberikan umpan balik kepada sistem pendidikan mengenai kinerja lulusan dan masalah kesehatan agar terjadi perbaikan kurikulum dan sistem pendidikan. Demikianlah interdependensi antara sistem pendidikan dan sistem pelayanan kesehatan. Kedua sistem ini harus berjalan seiring sehingga diperlukan kerja sama yang erat, *alignment* secara fungsional, kesamaan visi dan misi, serta komitmen untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu dan relevan.

### **c. Akuntabilitas sosial institusi pendidikan profesi kesehatan**

WHO menerbitkan dokumen yang berjudul '*Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools*' pada tahun 1995. Pesan utama dari dokumen ini adalah bahwa fakultas kedokteran memiliki tanggung jawab sosial terhadap masyarakat, sehingga perlu menyesuaikan kurikulum dan proses pendidikannya agar sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat sehingga keberadaan fakultas kedokteran berdampak terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk dapat melaksanakan akuntabilitas sosial, institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan perlu bekerja sama dengan pemangku kepentingan yang diilustrasikan sebagai '*partnership pentagram*', seperti pada gambar berikut ini.



**Gambar 7. Partnership Pentagon**

(Boelen and Heck, 1995)

### **3. KENDALA IMPLEMENTASI SISTEM PENJAMINAN MUTU YANG BERBASIS LOGIKA INDUSTRI MANUFAKTUR**

Dari perjalanan sejarah pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, dapat disimpulkan bahwa pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari sistem pelayanan kesehatan di suatu wilayah territorial atau suatu negara. Ketika sistem pelayanan kesehatan mengalami perubahan dan mengalami inovasi perkembangan, maka sistem pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan ikut mengalami reformasi. Tiga karakteristik pendidikan dokter dan profesi kesehatan telah dijelaskan pada bagian sebelumnya yang sangat berbeda dengan logika industri manufaktur. Kekhususan ini menimbulkan kendala dalam implementasi Sistem Penjaminan Mutu yang dikembangkan berbasis logika industri manufaktur, antara lain:

**a. Sistem pendidikan dilandasi oleh filsafat pendidikan**

Penyelenggaraan sistem pendidikan dilandasi oleh filsafat pendidikan. Filsafat pendidikan mempertanyakan mengapa dan untuk apa menyelenggarakan pendidikan? Berikut ini beberapa contoh filsafat pendidikan. Filsafat esensialisme menekankan bahwa pendidikan diselenggarakan untuk menghasilkan warga negara yang memiliki ilmu pengetahuan yang dianggap penting untuk dapat berfungsi secara optimal dalam masyarakat. Filsafat rekonstruksionisme sosial menegaskan bahwa pendidikan diselenggarakan untuk menghasilkan agen perubahan yang akan melakukan perbaikan-perbaikan pada kehidupan masyarakat. Dengan demikian, pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan diselenggarakan untuk menghasilkan profesi dokter dan profesi kesehatan yang dapat melakukan aksi-aksi perubahan dalam rangka perbaikan derajat kesehatan masyarakat.

**b. Mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dianggap sebagai bahan baku seperti pada industri manufaktur**

Mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan adalah makhluk hidup yang memiliki kecerdasan, bakat, minat dan potensi yang dapat dikembangkan melalui proses pendidikan. Lulusan program studi pendidikan dokter dan profesi kesehatan berbeda dengan produk barang yang dihasilkan oleh industri manufaktur. Industri manufaktur menerapkan persyaratan spesifikasi yang sangat ketat terhadap suatu produk. Bila pada tahap pengecekan akhir ditemukan suatu produk yang tidak sesuai dengan spesifikasi, maka produk tersebut akan ditolak dan akan dibuang atau didaur ulang. Sedangkan mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat diperlakukan seperti itu. Tujuan pendidikan adalah mengembangkan mahasiswa menjadi manusia yang seutuhnya, sesuai kecerdasan, bakat, minat dan potensi yang dimilikinya agar ketika lulus dapat berfungsi secara optimal dan memberikan dampak peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

## **BAB IV**

---

# **PENGEMBANGAN MODEL SISTEM PENJAMINAN MUTU UNTUK PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

Pada bab-bab sebelumnya, telah dibahas mengenai definisi mutu dan sistem penjaminan mutu yang dikembangkan berangkat dari konteks industri manufaktur, telah dijelaskan pula karakteristik pendidikan tinggi serta pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang berbeda dengan industri manufaktur, sehingga sistem penjaminan mutu yang diterapkan di industri manufaktur tidak dapat langsung diadopsi untuk diterapkan pada pendidikan dokter dan profesi kesehatan. Perlu ada modifikasi dan penyesuaian. Pada bab ini ditawarkan definisi dan sistem penjaminan mutu yang sesuai dengan karakteristik pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

### **1. PENDEFINISIAN MUTU PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan seperti halnya profesi dokter dan profesi kesehatan lain memiliki kewajiban dan tanggung jawab sosial. Hal ini yang membedakan dengan pendidikan profesi lain. Tanggung jawab sosial yang utama dari pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat. Lulusan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan memiliki kontrak sosial dengan masyarakat melalui pemberian Surat Ijin Praktik (SIP) oleh Pemerintah. Dengan Surat Ijin Praktik ini, profesi kedokteran dan profesi kesehatan memiliki keistimewaan hak dan kewajiban, serta memiliki independensi dalam mengambil keputusan yang terbaik untuk pasien dan masyarakat yang dilayani. Agar keistimewaan dan independensi ini tidak disalahgunakan, maka profesi kedokteran dan kesehatan diikat oleh Kode Etik Profesi.

Di banyak negara, kesehatan masyarakat menjadi tanggung jawab Pemerintah, serta menjadi isu kebijakan yang utama karena sangat berkaitan erat dengan hajat hidup bangsa dan ketahanan bangsa. Konstitusi WHO tahun 1948 telah menyatakan bahwa *“the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being*. Dengan demikian menjadi tanggung jawab Pemerintah untuk memastikan bahwa akses universal terhadap pelayanan kesehatan terjamin. Oleh karena itu profesi kedokteran dan kesehatan diikat oleh berbagai regulasi pendidikan dan praktik kedokteran.

Laporan WHO tahun 2006 menunjukkan masih banyak negara yang mengalami krisis tenaga kesehatan. Diperkirakan dunia kekurangan 2,4 juta dokter, perawat dan bidan (World Health Organization, 2006). Sejak laporan ini dikeluarkan di banyak negara terjadi lonjakan pembukaan program studi baru di bidang kesehatan, terutama dokter, perawat dan bidan. Tidak terkecuali di Indonesia, dari jumlah 46 jumlah FK pada tahun 2006 menjadi 97 pada tahun 2020. Begitu pula dengan program studi perawat dan bidan yang di Indonesia mencapai hampir 2000 program studi. Tahun 2013, WHO mengeluarkan dokumen yang berjudul *‘Transforming and Scaling Up Health Professionals’ Education and Training’*. Di dalam dokumen ini dijelaskan bahwa peningkatan jumlah tenaga dokter dan tenaga kesehatan belum memberikan efek pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat, karena terjadi maldistribusi tenaga

kesehatan yang lebih banyak bekerja di kota-kota besar, terjadi ketidakcocokan antara kemampuan yang diperoleh dengan kompetensi yang dibutuhkan masyarakat, penekanan pada aspek kuratif di rumah sakit rujukan utama, kurangnya program promosi dan pencegahan (World Health Organization, 2013). Kondisi ini menimbulkan krisis pelayanan kesehatan karena berjuta-juta masyarakat tidak mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan akibat ketiadaan tenaga kesehatan, padahal kesehatan adalah hak asasi manusia yang fundamental.

Berdasarkan penjelasan pada Bab I, Bab II dan Bab III, maka diperlukan definisi mutu pendidikan untuk profesi kedokteran dan kesehatan yang spesifik agar misi dan tanggung jawab sosial bisa terakomodasi.

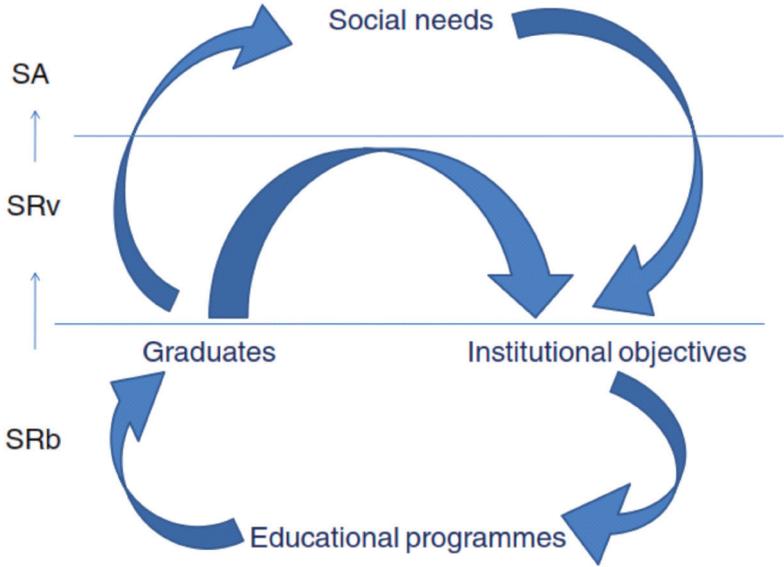
WHO (2013) menawarkan '*transformative scaling up of health professionals' education and training*' yang intinya menekankan bahwa tujuan pendidikan profesi kesehatan adalah untuk meningkatkan kuantitas, kualitas, dan relevansi dalam rangka memperkuat sistem pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Boelen, *et al.* mengusulkan kriteria fakultas kedokteran yang terbaik (*excellence*) adalah

- 1) kapasitas untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan penduduk dan masyarakat secara keseluruhan;
- 2) kapasitas untuk melakukan adaptasi terhadap visi, misi serta program pendidikan dokter untuk mengatasi masalah kesehatan dan tantangan yang dihadapi;
- 3) kapasitas untuk melakukan pemantauan terhadap efek dari tindakan yang dilakukan untuk mengatasi tantangan dan masalah kesehatan (Boelen *et al.*, 2019).

Pemikiran ini telah banyak diutarakan pada berbagai publikasi sebelumnya terkait pentingnya fakultas kedokteran memiliki tanggung jawab sosial (*social accountability*) apabila cita-cita untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sebagai perwujudan

dari kesehatan sebagai hak asasi manusia dapat terwujud (Frenk *et al.*, 2010). Hal ini telah menjadi kesepakatan global dari semua negara di dunia melalui *Sustainable Development Goal* dengan Goal 3 adalah *Good Health and Well-being* (Johnston, 2016).

Menurut Boelen dan Woollard fakultas kedokteran yang terbaik (*excellent*) adalah fakultas kedokteran yang telah mengadopsi konsep akuntabilitas sosial (*socially accountable medical school*). Fakultas kedokteran ini meletakkan kebutuhan kesehatan masyarakat sebagai prioritas utama. Untuk mencapai jenjang terbaik, ada beberapa tahapan yang bisa dilalui, seperti terlihat pada Gambar 8 berikut ini.



**Gambar 8. Tahapan response terhadap kebutuhan sosial**  
(Boelen & Woollard, 2011)

Dari ketiga tahapan di atas, Boelen dan Woollard menyusun kriteria untuk setiap tahap, seperti pada Tabel 4 berikut ini:

**Tabel 4. Social Obligation Scale**

Responsibility → Responsiveness → Accountability			
Social needs identified	Implicitly	Explicitly	Anticipatively
Institutional objectives	Defined by faculty	Inspired from data	Defined with society
Educational programmes	Community-oriented	Community-based	Contextualized
Quality of graduates	« Good » practitioners	Meeting criteria of professionalism	Health system change agents
Focus of evaluation	Process	Outcome	Impact
Assessors	Internal	External	Health partners

(Boelen & Woollard, 2011)

Pada tahap *'Social Responsibility'* (SRb), kebutuhan kesehatan masyarakat didefinisikan oleh fakultas kedokteran dan menjadi tujuan pendidikan, walaupun secara implisit. Program pendidikan menggunakan strategi *'community-oriented'*. Profil lulusan adalah menjadi dokter yang baik. Fokus penilaian kinerja fakultas adalah pada proses. Sedangkan asesor berasal dari internal fakultas kedokteran. Pada tingkat berikutnya, yaitu *'Social Responsiveness'* (SRv) kebutuhan kesehatan masyarakat didasarkan pada data tentang status kesehatan yang tersedia dan dinyatakan secara eksplisit. Program pendidikan menggunakan strategi *'community-based'*. Profil lulusan didasarkan pada kriteria profesional, tidak hanya kemampuan teknis medis tetapi juga kemampuan yang lain, termasuk *soft skill* serta etika dan medikolegal. Penilaian kinerja fakultas kedokteran didasarkan pada *outcome* (lulusan yang kompeten), dan telah melibatkan pihak di luar fakultas kedokteran. Sedangkan, tingkat yang tertinggi adalah *'Social Accountability'*. Tujuan pendidikan didefinisikan bersama dengan masyarakat

dan mengantisipasi kebutuhan kesehatan masyarakat. Program pendidikan dikontekskan dengan kondisi di masyarakat. Mahasiswa lebih banyak melakukan pembelajaran di masyarakat, di puskesmas ataupun di RS Kabupaten/Kota. Profil lulusan adalah menjadi agen perubah sistem kesehatan. Kinerja fakultas kedokteran dilihat pada dampaknya terhadap masyarakat. Asesor telah melibatkan pihak rumah sakit ataupun pengguna (Boelen & Woollard, 2011).

Pemerintah Indonesia telah menyusun definisi sehat yang lebih luas dari definisi WHO tahun 1948 yang tertuang pada Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, yaitu: *Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.*

Dengan demikian definisi mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang penulis usulkan adalah tercapainya kesesuaian antara profil lulusan dan program pendidikan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat yang dilayani agar setiap orang mencapai derajat kesehatan yang optimal secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

## **2. MODEL SISTEM PENJAMINAN MUTU PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN PROFESI KESEHATAN**

Setelah terumuskan definisi mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan maka perlu untuk mengembangkan model sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Sistem penjaminan mutu pendidikan terdiri dari dua komponen, yaitu sistem penjaminan mutu internal dan sistem penjaminan mutu eksternal. Pada bagian ini akan dikembangkan model yang mencakup kedua komponen, baik internal maupun untuk eksternal. Model sistem penjaminan mutu internal untuk perguruan tinggi

telah banyak dikembangkan oleh berbagai lembaga mutu, baik di tingkat regional maupun di tingkat internasional. Model yang telah dikembangkan pada umumnya terpisah antara sistem penjaminan mutu internal dan sistem penjaminan mutu eksternal.

Sistem penjaminan mutu internal didefinisikan sebagai “... *a plan, implementation, control, and development of the university's quality standards in order to obtain stakeholder satisfaction and ensure that the quality of graduates in accordance with the standard competencies defined*” (Daromes, 2016).

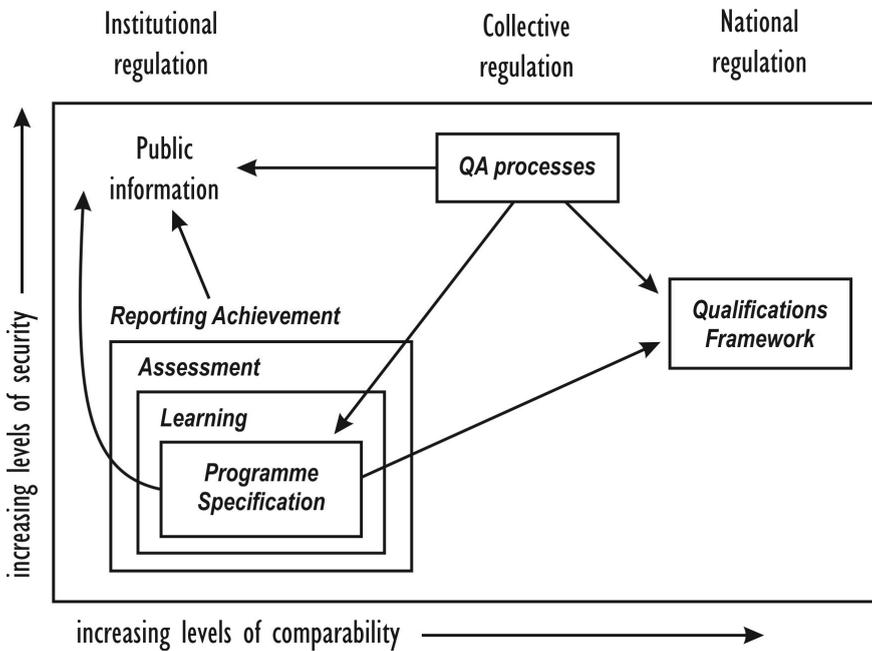
Definisi lain menjelaskan bahwa “*An Internal Quality Assurance system (IQA system) is a system aiming at setting up, maintaining and improving the quality and standards of teaching, scholarship (student learning experience), research, and service to community. The overall objective is to continuously promote and improve the quality of the core activities and the institution as a whole*” (The Inter-University Council for East Africa, 2010)

Dari kedua definisi di atas ada beberapa kata kunci yang bisa disimpulkan. Pertama, sistem penjaminan mutu internal adalah suatu sistem kerja yang dimulai dari perencanaan, implementasi, pengendalian, dan pengembangan standar untuk memastikan lulusan menguasai kompetensi yang ditetapkan. Kedua, sistem penjaminan mutu internal mencakup semua kegiatan tridharma, yaitu pendidikan, riset dan pengabdian masyarakat.

Bentuk yang paling umum dari sistem penjaminan mutu eksternal adalah akreditasi yang didefinisikan sebagai suatu proses pengkajian mutu secara eksternal untuk menelaah akademi, universitas atau program pendidikan untuk penjaminan mutu dan peningkatan mutu (Council for Higher Education Accreditation, 2002). Van Zanten *et al.* mendefinisikan akreditasi sebagai pengkajian terhadap suatu program pendidikan dilakukan oleh lembaga pemerintah maupun lembaga swasta yang bertanggung jawab kepada pemerintah, berdasarkan standar yang sudah dipublikasikan dan protokol yang telah ditentukan sebelumnya (van Zanten *et al.*, 2012).

Sistem penjaminan mutu eksternal dilakukan oleh suatu lembaga — pemerintah maupun nonpemerintah — untuk menelaah suatu perguruan tinggi atau suatu program pendidikan sejauh mana telah memenuhi standar yang ditetapkan dengan menggunakan protokol yang telah disepakati. Standar dapat ditetapkan secara nasional atau dikembangkan oleh lembaga non pemerintah melalui suatu proses yang dapat dipertanggungjawabkan. Penelaahan oleh suatu lembaga eksternal dapat bersifat wajib karena tercantum di dalam peraturan resmi atau sukarela atas inisiatif perguruan tinggi atau program pendidikan itu sendiri. Pada umumnya, proses penilaian dimulai dari perguruan tinggi atau program pendidikan melakukan evaluasi diri terhadap standar yang digunakan, kemudian laporan evaluasi diri diserahkan ke lembaga akreditasi. Laporan evaluasi diri ini sebagai dasar bagi asesor untuk melakukan asesmen kecukupan dan asesmen lapang untuk memverifikasi.

Prihatiningsih mengembangkan model sistem penjaminan mutu untuk pendidikan dokter berdasarkan riset kualitatif menggunakan studi kasus di Bangladesh (Prihatiningsih, 2003b). Salah satu tahap penelitian adalah menyusun model sistem penjaminan mutu untuk pendidikan kedokteran berdasarkan modifikasi dari model sistem penjaminan mutu untuk pendidikan tinggi yang diusulkan oleh Jackson (Jackson, 1998). Gambar 9 adalah model sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi dari Jackson (1998) dan Gambar 10 adalah model sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran yang dikembangkan oleh Prihatiningsih (2003) berdasarkan model Jackson (1998).

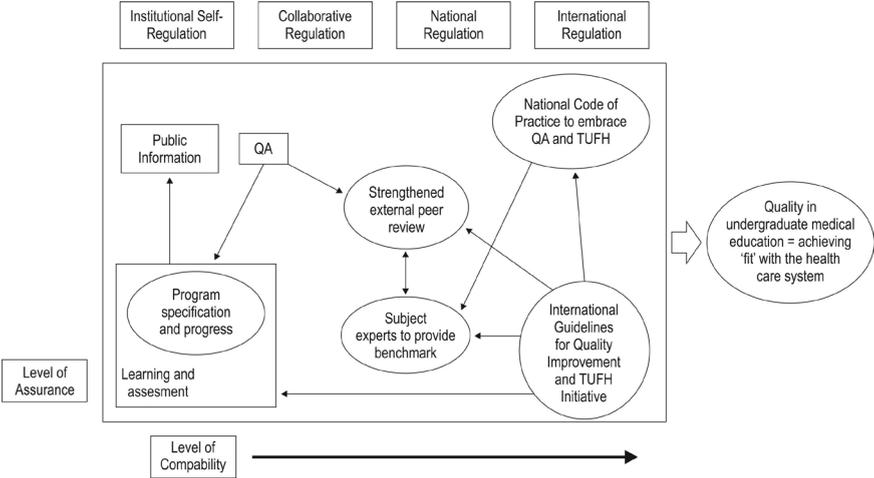


**Gambar 9. Model Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi**

(Jackson, 1998)

Model dari Jackson (1998) menjelaskan bahwa sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi dimulai dari spesifikasi program studi. Spesifikasi program studi adalah penjelasan singkat tentang karakteristik program studi, mulai dari kompetensi yang akan dicapai proses pembelajaran dan penilaian mahasiswa. Proses pelaksanaan program studi ditelaah oleh pihak eksternal menggunakan proses penjaminan mutu dengan mengacu pada kerangka kualifikasi nasional. Hasil penelaahan didiseminasi kepada masyarakat. Dengan model ini maka di tingkat nasional perlu ada kerangka kualifikasi yang memberikan definisi kemampuan pada setiap jenjang pendidikan (sarjana, profesi, magister, doktor, dst). Kerangka kualifikasi ini menjadi acuan penyelenggaraan program studi dalam menentukan capaian pembelajaran atau kompetensi

lulusan. Dengan adanya kerangka kualifikasi secara nasional yang diacu oleh setiap program studi maka akan meningkatkan komparabilitas, maksudnya akan mudah membandingkan antara berbagai program studi dalam satu jenjang atau dalam satu jenis. Pada garis vertikal, peningkatan rasa aman terjadi bila ada proses penjaminan mutu dan diseminasi ke publik terkait kinerja suatu program studi.



**Gambar 10. Model Makro Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Kedokteran**

(Prihatiningsih, 2003b)

Pada model di atas definisi mutu pendidikan kedokteran adalah pencapaian kesesuaian dengan sistem pelayanan kesehatan (*quality in undergraduate medical education is achieving fit with the health care system*). Untuk mencapai mutu ini dimulai dari spesifikasi program studi yang mencakup proses pembelajaran dan penilaian serta memantau kemajuan mahasiswa. Untuk memastikan bahwa program studi berjalan secara benar maka diperlukan penelaahan secara eksternal dari mitra bestari. Sebagai dasar untuk menelaah adalah standar nasional (*national code of practice to embrace*

*QA and TUFH or Towards Unity For Health*). Standar nasional ini diinspirasi oleh pedoman internasional menuju ikhtiar TUFH. Semakin program studi diselenggarakan berlandaskan pedoman internasional maka tingkat kompatibilitas akan meningkat (*level of compatibility*). Penyelenggaraan program studi yang ditelaah oleh mitra bestari dan didiseminasi ke masyarakat maka tingkat keyakinan (*level of assurance*) akan meningkat.

Prihatiningsih *et al.* melakukan pengkajian terhadap beberapa fakultas kedokteran yang telah berhasil menerapkan konsep akuntabilitas sosial dan terdapat bukti keberhasilan. Dari beberapa studi kasus yang ditelaah, hampir semuanya berada pada tahap *Social Responsibility* dan *Social Responsiveness*. Belum banyak fakultas kedokteran yang berhasil mencapai tahap *Social Accountability*, yaitu memberi dampak perubahan derajat kesehatan masyarakat (Prihatiningsih *et al.*, 2020). Sebagai contoh Fakultas Kedokteran Universitas Chulalongkorn di Thailand yang pada tahun 1978 membuka program khusus yang disebut *Medical Education for Students in Rural Area Project* (MESRAP). Sirisup menyatakan bahwa tujuan utama proyek ini adalah mengurangi maldistribusi tenaga dokter dengan merekrut mahasiswa dari daerah pedesaan dan terpencil (*rural areas*). Selama pendidikan, mahasiswa ini lebih banyak dipaparkan dengan masalah kesehatan masyarakat di daerah pedesaan; ketika melakukan rotasi klinik, mereka ditempatkan di puskesmas dan rumah sakit di daerah pedesaan dan tertinggal. Ketika mereka lulus, mereka ditempatkan bekerja di daerah pedesaan dan terpencil. Pada tahun 1997 ketika dilakukan evaluasi, ada 453 lulusan MESRAP dan 388 lulusan bekerja di daerah pedesaan dan terpencil. Hanya 65 lulusan yang melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi (Sirisup, 1999). Ini adalah tahap *Social Responsiveness*.

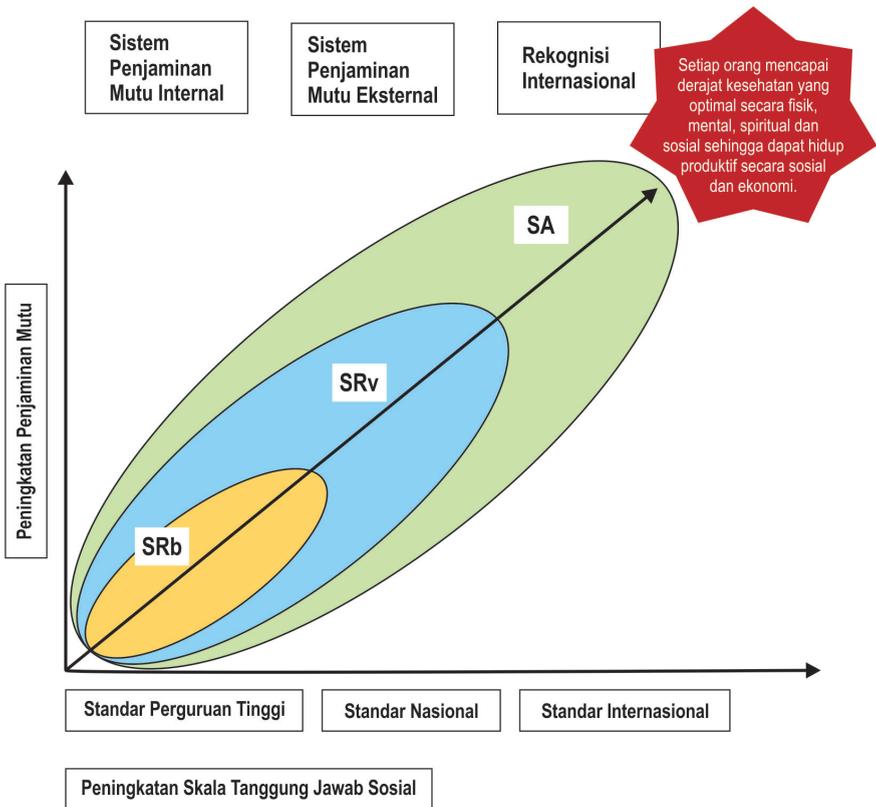
Contoh kasus yang lain adalah *Ateneo de Zamboanga Faculty of Medicine* di Filipina. Fakultas kedokteran ini didirikan

dengan maksud untuk memberikan pelayanan kesehatan secara optimal kepada penduduk di Semenanjung Zamboanga yang memiliki indikator kesehatan buruk dan ketiadaan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sebelum fakultas kedokteran ini didirikan, 80% dari wilayah kabupaten tidak memiliki dokter. Daerah ini memiliki angka kelahirannya dan angka kematian bayi tertinggi di Filipina, serta memiliki insiden yang sangat tinggi untuk manultrisi, penyakit infeksi seperti tetanus neonatal, campak, malaria, tifus, schistosomiasis, kolera, tuberkulosis, rabies, leprosi, malaria dan demam berdarah. Kondisi ini diperparah dengan pelayanan kesehatan yang buruk dan ketersediaan obat-obatan yang sangat terbatas. Ketika awal perencanaan pendirian fakultas kedokteran ini, telah disepakati oleh semua pemangku kepentingan bahwa konsep *Social Accountability* akan menjadi nyawa dari fakultas kedokteran ini. Bahkan, otoritas kesehatan dan tokoh masyarakat setempat ikut serta dalam perencanaan fakultas kedokteran ini termasuk pembiayaannya. Mereka mengumpulkan dana melalui berbagai donasi, termasuk organisasi filantropi di tingkat internasional. Semangat volunterisme dikembangkan, sehingga dokter-dokter bersedia meluangkan waktu untuk mendidik secara sukarela. Pada tahun 1994, fakultas kedokteran ini resmi dibuka dengan visi untuk memberi pelayanan kesehatan dan menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah barat Mindanao. Fakultas kedokteran ini mampu menekan biaya yang harus dibayar oleh mahasiswa, bahkan mahasiswa mendapatkan penginapan secara gratis. Mahasiswa direkrut dari masyarakat di Pulau Mindanao. Proses pendidikan dilakukan di masyarakat menggunakan model kurikulum berbasis kompetensi dan strategi pembelajaran problem-based learning. (Cristobal & Worley, 2012).

Setelah berjalan hampir dua dekade, pada tahun 2011 dari mahasiswa yang direkrut setiap tahun sekitar 15–35 orang, 85% bekerja di wilayah semenanjung Zamboanga dan 50% bekerja di

daerah terpencil di wilayah ini. Selama tahun 1994–2008 angka kematian bayi turun sebesar 90% (Cristobal & Worley, 2012)

Berdasarkan hasil penelaahan studi kasus dan konsep terkini terkait *Social Obligation Scale* dari Boelen dan Woollard (Boelen & Woollard, 2011), penulis memodifikasi model sistem penjaminan mutu pendidikan kedokteran pada Gambar 10 menjadi seperti berikut ini:



**Gambar 11. Model Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan**

Model sistem penjaminan mutu pendidikan dokter dan profesi kesehatan seperti tampak pada Gambar 11 terdiri dari tiga tahap.

Tahap pertama merupakan *Social Responsibility* (SRb). Pada tahap, dukungan di tingkat universitas dan tingkat nasional belum tersedia. Universitas atau perguruan tinggi sebagai supra struktur fakultas kedokteran memiliki visi dan misi yang tidak mengarah langsung kepada penyelesaian masalah di masyarakat. Sebagai contoh, perguruan tinggi memiliki visi dan misi untuk menjadi perguruan tinggi yang unggul di tingkat dunia. Di dalam konteks ini, maksimal yang bisa dilakukan oleh fakultas kedokteran adalah tahap *Social Responsibility* (SRb). Fakultas kedokteran sebatas mengarahkan visi dan misi di tingkat fakultas untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat berdasarkan pemahaman para dosen. Fakultas mengirim mahasiswa ke komunitas untuk terpapar terhadap situasi nyata di masyarakat. Komunitas sebagai wahana pendidikan bagi mahasiswa, belum ada efek langsung ke masyarakat secara signifikan. Komunitas berfungsi sebagai laboratorium lapangan bagi mahasiswa. Hubungan fakultas kedokteran dengan masyarakat belum resiprokal. Strategi kurikulum yang digunakan adalah kurikulum berorientasi ke komunitas atau *community-oriented curriculum*. Kegiatan yang terkait dengan komunitas terbatas pada tidak lebih dari 5% dari total kredit.

Fakultas kedokteran yang berada pada tahap *Social Responsibility* (SRb) mengikuti standar perguruan tinggi yang disusun oleh perguruan tingginya, sehingga fakultas kedokteran belum memiliki keleluasaan untuk bergerak ke tahap berikutnya. Perguruan tinggi memiliki sistem penjaminan mutu internal yang melakukan audit atau pengecekan terhadap penyelenggaraan program studi. Oleh karena itu, fakultas kedokteran perlu menunjukkan kepatuhan terhadap standar perguruan tinggi. Standar perguruan tinggi yang disusun oleh universitas mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan peraturan-peraturan yang menjadi turunannya. Walaupun untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, di tingkat nasional dimungkinkan ada standar nasional

tersendiri; seperti Standar Nasional Pendidikan Kedokteran, atau Standar Kompetensi dan Standar Pendidikan Profesi. Kedua standar yang terakhir disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Standar-standar di tingkat nasional tersebut tentunya menyesuaikan dengan peraturan perundangan yang lebih tinggi, misalnya Undang-Undang ataupun Peraturan Pemerintah. Sepanjang regulasi ini belum mengadopsi konsep akuntabilitas sosial, maka tujuan pendidikan tinggi diarahkan pada menghasilkan lulusan yang dapat bersaing di pasar tenaga kerja, atau menghasilkan lulusan dokter dan profesi kesehatan yang kompeten.

Untuk menjamin mutu agar lulusan mencapai kemampuan atau kompetensi yang telah ditetapkan di awal, maka sistem penjaminan mutu internal memiliki peran yang besar melalui siklus perencanaan — pelaksanaan — evaluasi dan peningkatan (atau *plan-do-check-act cycle*). Di tingkat fakultas, sistem penjaminan mutu internal dilaksanakan dengan penyusunan prosedur untuk setiap aktivitas pembelajaran dan diikuti dengan evaluasi terhadap pelaksanaannya.

Untuk dapat bergerak menuju ke tahap *Social Responsiveness*, perlu ada dukungan di tingkat nasional dalam bentuk peraturan perundangan yang memberi keleluasaan kepada perguruan tinggi untuk menentukan pemangku kepentingan yang akan dilayani. Perguruan tinggi perlu mendefinisikan untuk apa dan untuk siapa perguruan tinggi tersebut berdiri. Pertanyaan ini mendorong perguruan tinggi untuk memformulasikan pemangku kepentingan yang akan ditargetkan. Agar lulusan lebih siap masuk ke dunia kerja, perguruan tinggi perlu merumuskan secara lebih spesifik pemangku kepentingan mana yang akan dilayani. Bila suatu perguruan tinggi menghasilkan lulusan yang akan melayani semua jenis masyarakat, maka berarti lulusannya lebih banyak memiliki kemampuan generik (*generic skills* atau *transferable skills*) yang berarti setelah lulus mereka perlu melakukan pelatihan atau pendidikan profesi yang lebih khusus agar siap bekerja. Dengan demikian tahap *Social*

*Responsiveness* bisa dicapai oleh perguruan tinggi yang memiliki otonomi. Dalam konteks Indonesia, adalah perguruan tinggi yang telah memiliki status Perguruan Tinggi Negeri Berbadan Hukum (PTN BH) atau perguruan tinggi swasta. Bila di tingkat nasional telah ada kebijakan yang kondusif terhadap peluang diadopsinya konsep akuntabilitas sosial, maka fakultas kedokteran dapat bergerak ke arah *Social Responsiveness*.

Fakultas kedokteran menurunkan visi dan misi universitas menjadi visi dan misi fakultas kedokteran dan ditujukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat berdasarkan data-data sekunder yang tersedia dari otoritas kesehatan, misalnya Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan atau Badan Pusat Statistik. Fakultas dapat menjalin kerja sama dengan Pemerintah Daerah yang telah ada Nota Kesepahaman dengan universitasnya. Di dalam kerja sama ini, fakultas kedokteran dapat melakukan pengumpulan data primer untuk melakukan identifikasi permasalahan kesehatan masyarakat di daerah ini. Permasalahan kesehatan ini menjadi dasar bagi fakultas kedokteran untuk merumuskan materi atau konten kurikulum. Fakultas kedokteran akan mengadopsi *community-based curriculum*. Pada model kurikulum ini, mahasiswa ditempatkan di puskesmas atau di desa binaan atau keluarga binaan. Secara longitudinal setiap semester mahasiswa mendapat penugasan untuk berkomunikasi dengan desa atau keluarga binaan untuk menggali masalah kesehatan yang lebih spesifik.

Dengan dukungan di tingkat nasional dalam bentuk peraturan perundangan, fakultas kedokteran dapat merujuk kepada Standar Nasional Pendidikan Kedokteran atau Standar Kompetensi yang telah disesuaikan dengan konsep akuntabilitas sosial. Dari aspek penjaminan mutu pendidikan, sistem akreditasi nasional untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan telah menyesuaikan dengan konsep akuntabilitas sosial, sehingga instrumen yang digunakan mengandung aspek-aspek akuntabilitas sosial.

*Global Concensus on Social Accountability* telah mengidentifikasi sepuluh arah yang dapat digunakan oleh fakultas kedokteran untuk bergerak ke akuntabilitas sosial, seperti pada Tabel 5. Ada 130 organisasi internasional dan tokoh-tokoh pendidikan dunia yang tergabung dalam konsensus global ini. Arah pertama yang disepakati adalah bahwa fakultas kedokteran melakukan antisipasi terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat, diikuti dengan arah kedua yaitu melakukan kemitraan dengan sistem kesehatan dan pemangku kepentingan. Arah ketiga adalah beradaptasi dengan peran dokter dan profesi kesehatan yang selalu berubah seiring dengan perkembangan sistem pelayanan kesehatan, perubahan indikator kesehatan, perkembangan sosial, ekonomi dan politik masyarakat. Arah keempat adalah mengembangkan kurikulum berbasis capaian pembelajaran (*outcome-based curriculum*) sesuai dengan ketiga arah sebelumnya. Arah kelima adalah menciptakan tatakelola fakultas kedokteran yang responsive dan bertanggung jawab. Arah keenam adalah merevisi cakupan standar pendidikan, riset dan pengabdian masyarakat sesuai dengan arah ke satu sampai ke lima. Arah ketujuh memberikan dukungan terhadap peningkatan mutu pendidikan, riset dan pengabdian masyarakat. Arah kesembilan adalah penetapan mandat berdasarkan regulasi nasional untuk melaksanakan mekanisme akreditasi. Arah ke sembilan adalah keseimbangan antara kesepakatan prinsip-prinsip global dengan kekhususan suatu negara atau wilayah. Arah yang terakhir, yaitu arah kesepuluh adalah mendefinisikan peran masyarakat (GCSA, 2010).

**Tabel 5. Ten Strategic Directions of the Global Consensus on Social Accountability (GCSA, 2010)**

- |              |  |
|--------------|--|
| Direction 1  | : Anticipating society's health needs  |
| Direction 2  | : Partnering with the health system and other stakeholders                     |
| Direction 3  | : Adapting to the evolving roles of doctors and other health professionals     |
| Direction 4  | : Fostering outcome-based education  |
| Direction 5  | : Creating responsive and responsible governance of the medical school         |
| Direction 6  | : Refining the scope of standards for education, research and service delivery |
| Direction 7  | : Supporting continuous quality improvement in education, research and service |
| Direction 8  | : Establishing mandated mechanisms for accreditation                           |
| Direction 9  | : Balancing global principles with context specificity                         |
| Direction 10 | : Defining the role of society   |

Fakultas kedokteran bisa mencapai tahap *Social Responsiveness* ketika dukungan nasional telah diwujudkan di dalam peraturan perundang-undangan secara nasional. Akuntabilitas sosial menjiwai seluruh instrumen akreditasi atau akuntabilitas sosial menjadi salah satu standar dari standar nasional. Hal ini akan mendorong fakultas kedokteran untuk melakukan transformasi sesuai dengan tuntutan akreditasi. Sudah menjadi prinsip umum bahwa '*assessment drives student learning*'. Begitu pula halnya dengan program pendidikan dan institusi pendidikan yang akan mudah melakukan perubahan ketika ada tuntutan dari standar dan instrumen akreditasi.

Instrumen akreditasi yang sinkron dengan konsep akuntabilitas sosial telah dikembangkan oleh Boelen dan Woollard. Mereka merumuskan konsep C-P-U, yaitu *conceptualization – production – usability* seperti pada Tabel 6. Ada 3 area dan 11 kriteria yang dijabarkan menjadi 31 subkriteria. Area pertama adalah konseptualisasi yang terdiri dari 3 kriteria, yaitu *references* (referensi), *engagement* (keterikatan), dan *governance* (tatakelola). Area konseptualisasi adalah perencanaan program studi. Dalam

melakukan perencanaan, referensi atau rujukan menjadi dasar. Rujukan mengacu pada nilai, populasi yang ditargetkan, sistem kesehatan dan personel kesehatan. Keterikatan atau perjanjian (*engagement*) adalah hal-hal yang dijanjikan kepada masyarakat, mencakup mandat (*mandate*) dalam bentuk visi dan misi yang konsisten dengan nilai-nilai rujukan; lapangan (*field*) adalah wilayah binaan dengan populasinya; kemitraan (*partnership*) dengan pemangku kepentingan — baik di tingkat lokal maupun nasional; kompetensi lulusan (*expected outcome*) adalah kemampuan yang akan dikuasai oleh lulusan. Tatakelola (*governance*) mencakup perencanaan strategis (*strategic planning*), yaitu hal-hal yang dijanjikan diwujudkan ke dalam bentuk perencanaan yang diterima secara luas; manajemen (*management*) yaitu bagaimana melaksanakan perencanaan melalui pembagian tugas, koordinasi dan evaluasi; serta sumberdaya (*resources*) yaitu bagaimana memobilisasi sumber daya internal dan eksternal untuk mewujudkan hal-hal yang dijanjikan (Boelen & Woollard, 2009).

Area kedua adalah produksi (*production*) yang terdiri dari enam kriteria, yaitu *field operations*, *educational programme*, *students*, *teachers*, *research*, dan *service*. Kriteria pertama yaitu operasionalisasi lapangan (*field operations*) mencakup tridharma, yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Ketiga dharma ini harus konsisten dengan perjanjian (*engagement*) dan engagement konsisten dengan rujukan (*references*). Terkait kriteria program pendidikan (*educational programme*), ada empat subkriteria, yaitu tujuan dan materi (*objectives dan content*) yang harus konsisten dengan profil lulusan yang dijanjikan; struktur kurikulum (*curriculum structure*) yang harus terdiri dari materi longitudinal, yaitu pemaparan awal dan berkeanjutan terhadap prioritas masalah kesehatan di masyarakat; proses pembelajaran (*learning process*) meliputi keterlibatan di dalam penyelesaian masalah kesehatan, baik secara individu maupun di komunitas; praktik (*practical session*) dilakukan

terutama di pusat kesehatan masyarakat, atau pelayanan kesehatan tingkat primer dan terkait dengan tingkat berikutnya (sekunder dan tersier). Untuk kriteria mahasiswa (*students*) mencakup rekrutmen didasari oleh nilai pemerataan dan prioritas dari daerah tertinggal dan terpencil; lalu jenjang karir (*career*) sejak awal sudah diberikan pembekalan dan akses kepada peluang kerja yang sesuai; evaluasi (*evaluation*) mencakup semua kompetensi. Untuk kriteria dosen, ada tiga subkriteria yaitu *sources*, *abilities* dan *supports*. Untuk sumber (*sources*), sebagian dosen direkrut dari praktisi di bidang kesehatan dan sosial; sedangkan untuk kemampuan (*abilities*) yang diutamakan adalah kemampuan menjadi role model dari profil lulusan; dan dukungan (*supports*) mencakup pelatihan dan insentif — khususnya untuk aspek kesehatan masyarakat dan pendidikan kedokteran. Sedangkan untuk kriteria riset (*research*) diutamakan yang selaras dengan rujukan dan pengabdian masyarakat (*services*) diutamakan yang sejalan dengan pendayagunaan (*usability*) (Boelen & Woollard, 2009).

Area ketiga adalah pendayagunaan (*usability*) yang terdiri dari kriteria pekerjaan dan posisi (*employment*) serta dampak (*impact*). Pekerjaan dan posisi meliputi subkriteria peluang kerja (*job opportunities*) yaitu berupa kemitraan dengan pengguna; pelaksanaan pekerjaan (*settlement*) yaitu upaya agar retensi tinggi dan distribusi sesuai dengan kebutuhan akan pelayanan kesehatan; mutu pelayanan (*quality of services*) adalah upaya untuk mempertahankan kompetensi dan praktik (*practices*) adalah peningkatan kondisi kerja di tingkat primer. Adapun kriteria dampak terdiri dari tiga subkriteria, yaitu *partnership*, *effect on health* dan *promotion*. Untuk kemitraan (*partnership*) ada peningkatan intensitas kerja sama dengan pemangku kepentingan untuk peningkatan pelayanan kesehatan; sedangkan untuk efek terhadap kesehatan adalah berkurangnya risiko dan promosi kesehatan di lapangan; serta promosi berupa penyampaian umpan balik kepada

pembuat kebijakan di tingkat lokal dan nasional (Boelen & Woollard, 2009).

Jelas sekali perbedaan standar dan kriteria untuk sistem penjaminan mutu eksternal atau akreditasi bila pengembangan sistem akreditasi nasional didasarkan pada konsep akuntabilitas sosial. Sebagai contoh adalah kriteria dosen. Di dalam instrumen akreditasi yang sekarang digunakan oleh Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan (LAMPTKes) kriteria untuk dosen mencakup jumlah dosen, rasio dosen tetap dan tidak tetap, jumlah dosen yang memiliki NIDN dan NIDK, jumlah dosen yang sesuai dengan bidang ilmu program studi dan yang tidak, keaktifan dosen dalam publikasi dan aktivitas ilmiah, serta jumlah penelitian dosen. Sedangkan untuk kriteria akreditasi menggunakan konsep *Conceptualization – Production – Usability*, kriteria dosen ditekankan pada kemampuannya menjadi role model, kombinasi dosen yang berasal dari akademisi dan praktisi, serta pemahaman dosen terhadap ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu pendidikan kedokteran.

Tahap yang paling tinggi adalah akuntabilitas sosial. Untuk bisa mencapai tahap ini, fakultas kedokteran perlu melakukan transformasi pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Profil lulusan, peta jalan penelitian dan pengabdian masyarakat dirumuskan bersama dengan pemangku kepentingan dari masyarakat yang dilayani. Perlu ada kerja sama semua pemangku kepentingan seperti pada *partnership pentagram* (hlm. 66), yaitu pengambil keputusan, profesi kesehatan, institusi pendidikan, manajer pelayanan kesehatan dan masyarakat. Kerja sama ini perlu diwujudkan dalam bentuk nota kesepahaman (*memorandum of understanding*) untuk jangka waktu paling sedikit 10 tahun. Kelima pemangku kepentingan ini perlu memiliki visi dan misi serta kesepahaman untuk melakukan prioritas sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat. Diperlukan integrasi fungsional dalam bentuk program-program bersama yang terkoordinasi. Transformasi

ini hanya bisa terjadi apabila kelima pemangku kepentingan utama memiliki komitmen yang kuat untuk mewujudkan kesehatan sebagai hak asasi manusia yang fundamental.

**Tabel 6. Konsep Penjaminan Mutu Pendidikan Dokter menggunakan Konsep C-P-U**

**Conceptualisation**

**1 References**

- 1.1 Values: explicit reference to values (i.e. quality, equity, relevance, effectiveness)
- 1.2 Population: reference to population features and priority health needs
- 1.3 Health system: reference to health system development for greater coherence and integration
- 1.4 Health personnel: reference to qualitative and quantitative needs (see 1.1., 1.2, 1.3)

**2 Engagements**

- 2.1 Mandate: mission and institutional objectives consistent with References
- 2.2 Field: involvement in health management of a territory and given population
- 2.3 Partnership: institutionalised partnership with key stakeholders, locally and nationally
- 2.4 Expected outcome: definition/justification of profile (list of competencies) (see References above)

**3. Governance**

- 3.1 Strategic planning: engagements incorporated in a widely accepted development plan
- 3.2 Management: validation, co-ordination and evaluation of implementation of plan
- 3.3 Resources: mobilisation on internal and external resources consistent with Engagements (see 2)

**Production**

**4 Field operations:** education, research and services activities consistent with Engagements (see 2)

**5 Educational programme**

- 5.1 Objectives and content: consistent with profile of health professional (see 2.4)

- 5.2 Curriculum structure: early and longitudinal exposure to priority health issues in the community
- 5.3 Learning process: solving complex health problems, both for individuals and communities
- 5.4 Practicals: sites prioritising primary health care and linkage with other levels of health service

## 6 **Students**

- 6.1 Recruitment: equal opportunity and priority to students from underserved communities
- 6.2 Career: orientation and assistance to access jobs related to priority health issues
- 6.3 Evaluation: reference to the entire spectrum of competencies (see 2.4)

## 7 **Teachers**

- 7.1 Source: involvement of a variety of teachers from the health and social sectors
- 7.2 Abilities: teachers serving as role models, in reference to the profile (see 2.4)
- 7.3 Support: training and incentives to improve abilities in public health and medical education

## 8 **Research**: related to health system management (see References, section 1, and Usability, sections 10, 11)

## 9 **Service**: excellence in primary health care services (see Usability, sections 10, 11)

## **Usability**

### 10 **Employment**

- 10.1 Job opportunities: advocacy and partnership for emergence of priority health professions
- 10.2 Settlement: retention and distribution of graduates according to needs (see 1.1, 1.2)
- 10.3 Quality of services: maintenance of competences of graduates (see 2.4)
- 10.4 Practice: improving working conditions at primary health care level (see sections 4, 9, 10)

### 11 **Impact**

- 11.1 Partnership: relationship with stakeholders for improved management of health system
- 11.2 Effects on health: risk reduction and health promotion in the field (see 2.2, 2.3, 4)
- 11.3 Promotion: dispatching results on usability to decision-making bodies, both local and national

Akuntabilitas sosial bagi fakultas kedokteran dan pemangku kepentingan bisa menjadi agenda nasional yang mendorong semua fakultas kedokteran untuk mau melakukan transformasi pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat apabila ada dorongan dari dunia internasional. Dorongan internasional ini dapat berasal dari konsensus global, seperti pada *Global Concensus on Social Accountability* yang dideklarasikan oleh 130 organisasi dan tokoh-tokoh internasional, atau oleh otoritas internasional seperti badan-badan resmi dunia, antara lain *World Health Organization* (WHO), *World Federation for Medical Education* (WFME) atau UNESCO.

Peran kepemimpinan politik global dan komitmen dari pembuat kebijakan tingkat internasional sangat penting untuk mendorong akuntabilitas sosial menjadi agenda nasional. Beberapa upaya internasional yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) menyelenggarakan berbagai pelatihan, lokakarya, konferensi, konsultasi pakar tentang mengelola perubahan bagi agen perubah lokal,
- 2) mengembangkan kebijakan, sistem serta perangkat yang siap pakai bagi agen perubah lokal,
- 3) memberi pengakuan internasional kepada institusi pendidikan atas upayanya untuk melakukan transformasi ke arah akuntabilitas sosial (Prihatiningsih *et al.*, 2020).

World Federation for Medical Education (WFME) yang merupakan federasi dunia pendidikan kedokteran telah mengeluarkan publikasi tentang *WFME Global Standards for Basic Medical Education*. Akuntabilitas sosial telah dimasukkan sebagai bagian dari kriteria visi dan misi. WFME juga telah mencanangkan program rekognisi internasional untuk lembaga akreditasi. WFME menyusun kriteria suatu lembaga akreditasi yang berintegritas dan bertanggung jawab. Lembaga akreditasi yang telah mendapatkan rekognisi dari WFME maka fakultas kedokteran yang telah

diakreditasi oleh lembaga akreditasi tersebut hasil akreditasinya dapat diakui secara internasional. Dengan demikian, adalah hal yang tepat bila lembaga akreditasi di tingkat nasional juga mengikuti kebijakan tentang akuntabilitas sosial di tingkat internasional. Apalagi bila lembaga akreditasi tersebut berminat untuk mendapat rekognisi dari WFME.

Berdasarkan ketiga tahapan — mulai dari *Social Responsibility*, lalu *Social Responsiveness* dan yang terakhir *Social Accountability*, penulis mencoba menggabungkan ketiga konsep ini dengan model kurikulum, peran komunitas, kedudukan mahasiswa dan intensitas kerja sama kelima *stakeholder* ke dalam satu bagan seperti tertera pada Gambar 12. Gambar ini menunjukkan dinamika keempat aspek tersebut pada fakultas kedokteran yang bergerak menuju akuntabilitas sosial. Pada tahap *Social Responsibility*, model kurikulum yang digunakan adalah *community-oriented*, peran komunitas terbatas sebagai wahana pendidikan, kedudukan mahasiswa sebagai pembelajar yang belajar dari masyarakat, intensitas kerja sama kelima pemangku kepentingan minimal. Pada tahap yang tertinggi, yaitu *Social Accountability*, model kurikulum yang digunakan adalah kurikulum sebagai agen perubah masyarakat. Hal ini sejalan dengan filsafat pendidikan rekonstruksionisme sosial (*social reconstruccionism*), yaitu filsafat pendidikan yang memandang pendidikan sebagai instrumen untuk melakukan perubahan dan perbaikan kehidupan masyarakat. Dalam hal ini, kedudukan mahasiswa sebagai agen perubah kehidupan masyarakat dengan masyarakat itu sendiri sebagai pemimpin perubahan. Kerja sama kelima pemangku kepentingan sangat intensif, bahkan bisa terjadi integrasi fungsional maupun struktural, seperti contoh pada Fakultas Kedokteran *Ateneo de Zamboanga* di Filipina.

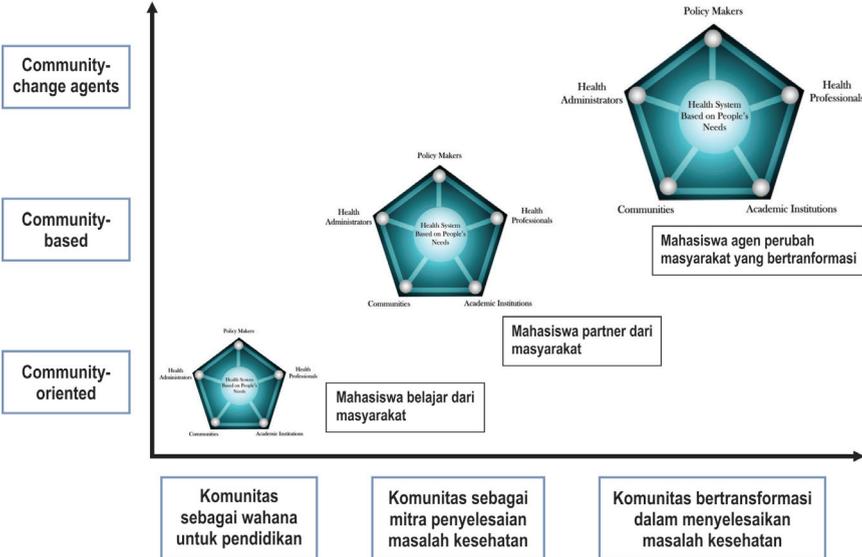
Model ini dapat menunjukkan interaksi antara keempat aspek, yaitu model kurikulum, peran masyarakat, kedudukan mahasiswa

dan kerja sama kelima pemangku kepentingan. Dari model ini ke depan dapat dikembangkan menjadi indikator akuntabilitas sosial yang selanjutnya dapat dirumuskan dalam instrumen akreditasi untuk menjamin mutu secara eksternal, selain itu dapat dimasukkan ke dalam standar nasional pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang menjadi rujukan untuk pengembangan sistem penjaminan mutu internal.

Melihat kenyataan disparitas pelayanan kesehatan yang begitu tajam dan disparitas status kesehatan masyarakat dalam satu wilayah, satu negara maupun antarnegara, serta ketidakmerataan akses pelayanan kesehatan di banyak tempat, sudah saatnya kita mengubah perspektif dan cara pandang tentang mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Mutu pendidikan tidak lagi melulu hanya dilihat dari aspek input, seperti berapa jumlah dosen, berapa rasio dosen dan mahasiswa, sarana dan prasarana yang dimiliki, jumlah dan luas ruang kuliah, ruang dosen, ruang praktikum, serta ketersediaan rumah sakit pendidikan. Sudah saatnya kita melihat mutu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dari perspektif yang lebih luas menggunakan kerangka berpikir sistem.

Ketika cita-cita untuk mewujudkan '*Good health and Well-being*' bagi setiap orang — seperti tertuang pada *Sustainable Development Goals* — menjadi aspirasi global, nasional dan institusional, maka kita perlu melihat kembali nilai-nilai kemanusiaan yang mungkin sudah mulai tergerus dengan adanya kapitalisme global. WHO sendiri telah menegaskan empat prinsip penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dapat mewujudkan kesehatan sebagai hak asasi manusia, yaitu *quality, equity, relevance* dan *effectiveness* (World Health Organization, 2006). *Quality* atau mutu pelayanan kesehatan adalah upaya terbaik dalam keterbatasan sumber daya yang dimiliki suatu negara untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada setiap warga negara untuk melindungi, memulihkan dan mempromosikan kondisi sejahtera secara fisik, mental, spritual,

sosial dan produktif secara ekonomi. Adapun *equity* atau pemerataan adalah penjaminan bahwa setiap warga negara dapat mengakses pelayanan kesehatan secara penuh tanpa ada diskriminasi warna kulit, latar belakang, kondisi geografis, dan kondisi sosial ekonomi. Relevance atau relevansi adalah upaya merespon terhadap prioritas masalah kesehatan masyarakat dan terhadap kelompok masyarakat rentan.



**Gambar 12. Model kurikulum, kedudukan mahasiswa dan peran komunitas, serta intensitas kelima pemangku kepentingan dalam akuntabilitas sosial Fakultas Kedokteran**

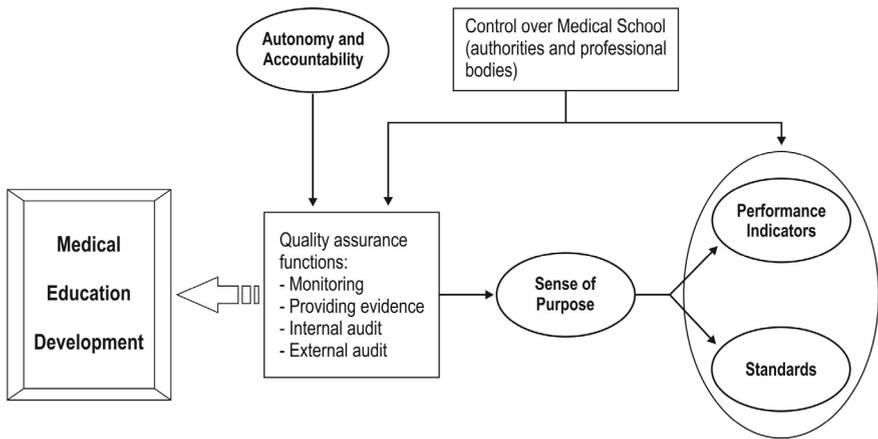
*Effectiveness* atau efektivitas adalah upaya pemanfaatan sumber daya kesehatan yang terbaik untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara efisien dan efektif.

Selain keempat prinsip penyelenggaraan pelayanan kesehatan di atas, sudah saatnya kita menggunakan cara berpikir sistem dalam melihat pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

Telah dijelaskan pada bab-bab sebelumnya bahwa pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan kesehatan. Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan adalah suatu sistem. Sistem adalah suatu kesatuan yang terdiri dari banyak komponen atau elemen yang saling berhubungan untuk mencapai tujuan tertentu. Sistem pendidikan kedokteran dan sistem pelayanan kesehatan adalah sistem adaptif yang kompleks karena melibatkan banyak pihak dalam jejaring interaksi yang hasil keseluruhannya sulit untuk diprediksi. Di sinilah pentingnya kita menggunakan *partnership pentagram* seperti pada Gambar 7. Agar sistem adaptif yang kompleks dapat lebih dikendalikan, maka pemangku kepentingan utama yang terlibat perlu memiliki komitmen dan visi bersama yang diikuti dengan program aksi bersama yang terkoordinasi secara optimal. Tanpa terwujudnya *partnership pentagram*, setiap pemangku kepentingan akan berjalan sendiri dengan agenda masing-masing, akibatnya *outcome* dari sistem pendidikan kedokteran tidak seperti yang diharapkan. Secara jangka pendek hal ini akan mendorong maldistribusi, karena setiap lulusan dokter akan bekerja di tempat sesuai dengan preferensinya dan pertimbangan keluarga menjadi pertimbangan utama.

Hasil penelitian Prihatiningsih di Thailand dengan menggunakan studi kasus di *Chulalongkorn Faculty of Medicine* menunjukkan bahwa pendidikan dokter adalah suatu sistem. Gambar 13 menunjukkan secara ringkas model sistem penjaminan mutu di *Chulalongkorn Faculty of Medicine* berdasarkan studi kualitatif. Dari bagan tersebut terlihat bahwa fakultas kedokteran berada di bawah universitas. Walaupun Universitas Chulalongkorn memiliki otonomi dan akuntabilitas, tetapi fakultas kedokteran dikendalikan langsung oleh otoritas nasional bidang kesehatan — yaitu *Thailand Medical Council*, Kementerian Kesehatan dan *Office of National Education Standards (ONESCA)*; serta oleh organisasi profesi melalui

indikator kinerja dan standards. Dalam koridor rambu-rambu yang ditetapkan oleh tingkat universitas maupun tingkat nasional, fakultas kedokteran berupaya untuk memiliki ‘*a sense of purpose*’. Keberadaan fakultas kedokteran memiliki tujuan yang lebih besar, dari sekedar meluluskan dokter (Prihatiningsih, 2003a).



**Gambar 13. Sistem Penjaminan Mutu di FK Universitas Chulalongkorn**  
(Prihatiningsih, 2003a)

Fakultas Kedokteran Universitas Chulalongkorn menyelenggarakan Program MESRAP atau *Medical Education Student from Rural Areas Project*. Melalui program ini, Fakultas Kedokteran mengoperasionalkan visi dan misinya, yaitu melakukan pembangunan kesehatan di daerah pedesaan dan terpencil. Agar program ini dapat terlaksana, komitmen, nilai dan visi bersama antar pemangku kepentingan sangat penting (Prihatiningsih, 2003a).

Di tingkat institusi, fungsi penjaminan mutu dilakukan melalui pemantauan, pengumpulan bukti kinerja, audit internal dan audit eksternal. Pemantauan dilakukan dengan melakukan kegiatan evaluasi di setiap akhir proses pembelajaran. Universitas Chulalongkorn telah menetapkan Standar Perguruan Tinggi

beserta turunan indikator kinerja. Setiap unit kerja diharuskan mengumpulkan bukti-bukti ketecapaian indikator kinerja. Audit internal dilakukan untuk kegiatan akademik dan non akademik. Untuk kegiatan akademik dilakukan pengecekan apakah proses pembelajaran berjalan sesuai dengan prosedur.

## BAB V

---

# PENUTUP

Pengertian mutu dan sistem penjaminan mutu dikembangkan dari dunia industri manufaktur dalam rangka menjamin bahwa produk barang yang dihasilkan memiliki *zero defect* atau tidak ada kecatatan, *minimum variation* atau semuanya seragam dan tidak ada variasi, sehingga harus memenuhi spesifikasi. Selain itu, barang yang dihasilkan juga harus cocok dengan kegunaannya, misalnya mobil kota (*city car*) spesifikasinya cocok dengan mobil yang dibutuhkan untuk mobilitas di dalam kota. Barang yang dihasilkan diupayakan membuat pelanggan puas dengan harga yang terjangkau.

Sistem penjaminan mutu yang diterapkan di dunia industri menuntut adanya *standard operating procedures* (prosedur) yang ketat sehingga setiap tahapan proses dapat dipastikan dilalui secara akurat oleh bahan baku. Setiap proses ada mekanisme pengendalian (*controlling*) dan pemantauan (*monitoring*) yang juga dilakukan dengan persyaratan yang tepat. Bila ada proses yang tidak sesuai dengan prosedur, maka bahan baku yang sedang diproses akan dieliminasi atau diproses ulang dari awal.

Ketika konsep mutu dan sistem penjaminan mutu diterapkan dalam konteks pendidikan tinggi, maka timbul permasalahan adanya inkompatibilitas. Yang pertama adalah bahan baku. Mahasiswa adalah makhluk hidup yang tidak bisa diperlakukan sama seperti bahan baku yang akan 'patuh' diperlakukan apapun karena benda mati. Pendidikan tinggi memiliki visi dan misi yang luhur, yaitu

mengembangkan manusia seutuhnya agar dapat berfungsi sebagai warga negara secara optimal. Setiap manusia diyakini memiliki kecerdasan, bakat, minat dan potensi yang unik. Di dalam dunia pendidikan, justru proses pendidikan perlu mengikuti kemampuan dan gaya belajar setiap mahasiswa yang berbeda. Karena itu standar pendidikan nasional lebih berisikan nilai-nilai, norma dan prinsip penyelenggaraan perguruan tinggi, bukan berisikan petunjuk teknis yang ketat seperti *standard operating procedures* di dunia industri manufaktur.

Tidaksetiap tahapan proses di pendidikan tinggi dapat dibakukan, baik untuk pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Untuk pendidikan, bahkan antara dua dosen pun tidak bisa dibakukan cara menyampaikan materi ke mahasiswa. Setiap dosen memiliki kebebasan untuk menyusun desain instruksional sesuai dengan materi dan penilaian terhadap karakteristik mahasiswa. Untuk penelitian, walaupun ada metode penelitian yang sudah disepakati tahapan prosesnya, akan tetapi pada pelaksanaannya setiap penelitian memiliki keunikan dan karakteristiknya. Peneliti memiliki kebebasan untuk merumuskan pertanyaan penelitian dan metode penelitian yang akan digunakan berdasarkan '*scientific judgement*'nya masing-masing. Sedangkan program pengabdian masyarakat dapat lebih bervariasi lagi, sesuai dengan konteks masyarakat yang menjadi '*beneficiary*' dari program.

Pendidik memiliki kebebasan akademik dan kebebasan mimbar akademik yang dijamin oleh undang-undang. Kebebasan ini dibutuhkan agar ilmu pengetahuan dan teknologi dapat berkembang sesuai dengan inovasi dan penemuan. Hal ini sejalan dengan salah satu fungsi perguruan tinggi adalah pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pendidikan tinggi memiliki asosiasi atau komunitas keilmuan di tingkat nasional maupun di tingkat internasional. Asosiasi ini memiliki kesepakatan mengenai kode etik yang perlu dipatuhi bersama.

Perguruan tinggi memiliki prinsip kolegialitas, bahwa pengambilan keputusan adalah bukan oleh seorang pimpinan, tetapi melalui proses pembahasan di senat fakultas maupun di senat akademik universitas. Prinsip kolegialitas melihat para akademisi sebagai kelompok sejawat (*peer*) yang membuat keputusan atas nama institusi pendidikan. Ketika manajemen korporasi masuk ke dunia pendidikan tinggi, terjadi ketegangan antara 'kolegialitas' dan 'hierarki' atau otoritas. Secara hierarki, di dalam struktur pendidikan tinggi ada rektor, wakil rektor, dekan, dan wakil dekan. Secara struktural pimpinan perguruan tinggi memiliki wewenang untuk membuat keputusan atas nama institusi. Kedua hal ini membuat pengambilan keputusan di perguruan tinggi membutuhkan waktu yang lama.

Bila konsep mutu dan sistem penjaminan mutu yang dikembangkan di dunia industri manufaktur diterapkan secara langsung untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan akan semakin banyak ditemukan ketidakcocokan. Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari sistem pelayanan kesehatan serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Pendidikan ini tidak dapat dilepaskan ke mekanisme pasar, tetapi perlu dikendalikan oleh Pemerintah agar tidak terjadi penyalahgunaan karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan menyangkut hak asasi manusia yang paling dasar — yaitu kesehatan.

Keterlibatan banyak pihak pada pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan adalah suatu keniscayaan yang masing-masing pihak tidak mungkin bekerja sendiri. Berbagai pemangku kepentingan yang terlibat — baik secara langsung maupun tidak langsung — adalah perguruan tinggi, rumah sakit pendidikan, wahana pendidikan, kementerian kesehatan, organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan, pemerintah daerah, kementerian pendidikan, konsil kedokteran, asosiasi rumah sakit pendidikan,

serta masyarakat. Secara ringkas keterlibatan berbagai pihak dirangkum dalam satu gambar yang disebut *partnership pentagram*.

Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan memiliki karakteristik yang sangat berbeda dengan industri manufaktur. Industri manufaktur adalah sistem yang sederhana, yang linier dan setiap tahap serta hasilnya mudah untuk diramalkan. Sedangkan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan adalah sistem adaptif yang kompleks yang terdiri dari banyak komponen dan hasilnya sulit untuk diprediksi. Dengan perbedaan karakteristik yang mendasar ini maka diperlukan konsep mutu dan sistem penjaminan mutu yang spesifik untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

Dari definisi mutu yang '*zero defect*', variasi minimum, dan kepuasan pelanggan menjadi definisi mutu yang khas untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, yaitu 'tercapainya kesesuaian antara profil lulusan dan program pendidikan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat agar setiap orang mencapai derajat kesehatan yang optimal secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Definisi mutu ini berimplikasi pada desain sistem penjaminan mutu internal atau sistem akreditasi. Standar dan kriteria yang diturunkan mengikuti definisi mutu yang dianut. Untuk pendidikan kedokteran, penilaian mutu menggunakan konsep *conceptualization – production – utilization* (CPU) yang dikembangkan oleh Boelen dan Woollard (2009) mulai didengungkan. Kriteria dan subkriteria yang diturunkan dari konsep CPU ini memiliki penekanan yang berbeda dibandingkan dengan yang lazim ada. Dengan demikian, instrumen yang dikembangkan dan cara menilai akan berbeda. Perbedaan mendasar adalah bahwa mutu program studi pendidikan dokter tidak lagi hanya dilihat pada aspek masukan (*input-based*) maupun luaran (*output-based*). Dengan konsep CPU ini, mutu pendidikan

dokter dilihat dari sejauh mana program studi pendidikan dokter dan fakultas kedokteran memiliki visi dan misi untuk membangun sistem pelayanan kesehatan berdasarkan kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah yang dibina, berdasarkan nilai-nilai *relevance, quality, equity* dan *effectiveness*.

Sistem penjaminan mutu berbasis standar masukan dan luaran sudah berangsur tidak digunakan lagi oleh lembaga-lembaga akreditasi di berbagai negara. Yang banyak digunakan sekarang — termasuk oleh *World Federation for Medical Education (WFME)* — adalah sistem penjaminan mutu berbasis *principled-based standards*. Standar berbasis prinsip ini tidak lagi menggunakan kriteria-kriteria yang bersifat *prescriptive* atau kriteria-kriteria yang memberi instruksi detil tentang pasti. Misalnya untuk staf akademik, tidak lagi memberikan batasan rasio dan jenis, tetapi lebih terbuka — yaitu staf akademik yang dibutuhkan untuk menjalankan kurikulum. Dengan demikian standar berbasis prinsip lebih fleksibel dan akomodatif terhadap berbagai inovasi yang dilakukan oleh fakultas kedokteran, termasuk penerapan akuntabilitas sosial.

Perkembangan terkini menganalogikan sistem pendidikan kedokteran dan sistem pelayanan kesehatan masing-masing sebagai '*complex adaptive system*'. Pada hakekatnya praktik kedokteran adalah berada dalam kondisi sistem yang kompleks, karena tidak setiap tindakan dapat diprediksi hasilnya. Walaupun perkembangan ilmu kedokteran dan teknologi telah membantu para klinisi untuk membuat diagnosis yang lebih akurat dan tindakan yang lebih tepat, tetap ada unsur ketidakpastian. Oleh karena itu penting sekali untuk menggunakan logika berpikir sistem (*system thinking*) dalam menyelenggarakan pendidikan kedokteran. Realitas masalah di dunia kedokteran dan kesehatan sangat kompleks, sehingga diperlukan perspektif berpikir '*complex system thinking*'. Sistem yang kompleks sulit diprediksi perilakunya, walaupun berbagai variabel telah dicoba untuk dikendalikan. Banyak faktor yang

saling berinteraksi secara dinamis membuat semakin sulit untuk memprediksi hasilnya (Woodruff, 2019).

Untuk menghadapi sistem yang kompleks ini, diperlukan kemampuan pemecahan masalah yang kompleks, yang tidak hanya melibatkan faktor kognisi, tetapi juga emosi, fleksibilitas, proses iteratif, motivasi, percaya diri dan daya tahan (Woodruff, 2019).

# REFERENSI

- Aized, T. (2012). *Total Quality Management and Six Sigma*. Rijeka, Croatia: InTech Prepress.
- Amin, Z., & Hoon Eng, K. (2007). *Basic Medical Education* (Third). World Scientific.
- Beck, A. H. (2004). The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *JAMA*, 17(291), 2139–2140. <https://doi.org/10.1001/jama.291.17.2139>
- Best, M., & Neuhauser, D. (2005). W Edwards Deming: Father of quality management, patient and composer. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 310–312. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015289>
- Boelen, C., Blouin, D., Gibbs, T., & Woollard, R. (2019). Accrediting excellence for a medical school's impact on population health. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 32(1), 41–48. [https://doi.org/10.4103/efh.EfH\\_204\\_19](https://doi.org/10.4103/efh.EfH_204_19)
- Boelen, C., & Woollard, B. (2009). Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education*, 43(9), 887–894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>
- Boelen, C., & Woollard, R. (2011). Social accountability: The extra leap to excellence for educational institutions. *Medical Teacher*, 33(8), 614–619. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590248>
- Carnoy, M., & Rhoten, D. (2002). What does globalization mean for educational change? A comparative approach. In *Comparative*

- Education Review* (Vol. 46, Issue 1, pp. 1–9+154). <https://doi.org/10.1086/324053>
- Cole, J. R. (2012). Coming of Age in Tumultuous Times. *In The Great American University* (2nd Edition, pp. 61–70). PublicAffairs.
- Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., & Ludmerer, K. M. (2006). Medical education: American medical education 100 years after the flexner report. *New England Journal of Medicine*, 355(13). <https://doi.org/10.1056/NEJMra055445>
- Council for Higher Education Accreditation. (2002). The Fundamentals of Accreditation: What you need to know. *Chea*, September, 15. [www.chea.org](http://www.chea.org)
- Cristobal, F., & Worley, P. (2012). Can medical education in poor rural areas be costeffective and sustainable: The case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine. *Rural and Remote Health*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.22605/rrh1835>
- Crosby, P. B. (1980). *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain* (First). Penguin Books.
- Crosby, P. B. (1992). *Completeness: Quality for the 21<sup>st</sup> Century* (First). Penguin Books.
- Dale, B. G., van Der Wiele, T., & van Iwaarden, J. (2007). *Managing Quality* (Fifth). Blackwell Publishing.
- Dewi, D. P. (2013). *Instructional Design and Curriculum Development*.
- Duffy, T. P. (2011). Historical Perspectives In Medical Education The Flexner Report – 100 Years Later. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84, 269–276.
- Fauziah, N. (2013). *Sejarah Pendidikan Keperawatan*.
- Feigenbaum, A. V. (1983). *Total Quality Control* (Third). McGraw Hill.
- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control Revised (Fortieth Anniversary Edition)* (40<sup>th</sup> ed.). McGraw Hill.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor,

- D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- GCSA. (2010). *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (GCSA)*.
- GMC. (2018). Outcomes for graduates. *GMC Publications*, 1(1), 8. [https://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/undergrad\\_outcomes.asp](https://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/undergrad_outcomes.asp)
- Hiatt, M., & Stockton, C. (2003). The impact of the Flexner Report on the fate of medical schools in North America after 1909. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 8(2), 37–40.
- Hummel, T., Malorny, C., Hummel, T., & Malorny, C. (2011). Total Quality Management. *Total Quality Management*, 1–4. <https://doi.org/10.3139/9783446428133.fm>
- Ishikawa, K. (1976). *Guide to Quality Control* (First). Asian Productivity Organization.
- Jackson, N. (1998). Understanding standards-based quality assurance: Part II - nuts and bolts of the “Dearing” policy framework. *Quality Assurance in Education*, 6(4), 220–231. <https://doi.org/10.1108/09684889810242227>
- Johnston, R. B. (2016). Arsenic and the 2030 Agenda for sustainable development. *Arsenic Research and Global Sustainability – Proceedings of the 6th International Congress on Arsenic in the Environment*, AS 2016, 12–14. <https://doi.org/10.1201/b20466-7>
- Juran, J. M. (1999). *Juran’s Quality Handbook* (J. M. Juran & A. B. Godfrey (Eds.); 5<sup>th</sup> ed.). McGraw Hill.
- Kelly, J., Sadeghieh, T., & Adeli, K. (2014). Peer Review in Scientific Publications: Benefits, Critiques, & A Survival Guide. *Ejifcc*, 25(3), 227–243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- pubmed/27683470%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4975196
- Kenyon, G. N., & Sen, K. C. (2015). The Perception of Quality. *The Perception of Quality, November*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-6627-6>
- Kumar, M. P., Raju, N. V. S., & Kumar, M. V. S. (2016). *Quality of Quality Definitions – An Analysis*. 5, 142–148.
- Morin, K. (2014). Nursing education: The past, present and future. *Journal of Health Specialties*, 2(4), 136. <https://doi.org/10.4103/1658-600x.142781>
- Neyestani, B. (2018). Principles and Contributions of Total Quality Mangement (TQM) Gurus on Business Quality Improvement. *SSRN Electronic Journal*, February. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2950981>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Prihatiningsih, T. S. (2003a). *Quality Assurance in Undergraduate Medical Education: Multiple case study in Bangladesh, Thailand and Indonesia*. Dundee United Kingdom.
- Prihatiningsih, T. S. (2003b). Quality Assurance in Undergraduate Medical Education: The Bangladesh Experience. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Kesehatan*, 6(4), 237–249. <https://journal.ugm.ac.id/index.php/jmpk/article/viewFile/2882/2603>
- Prihatiningsih, T. S., Woollard, R., Fisher, J., Abdala, M. E., Boelen, C., & Kamal, Y. (2020). Social Accountability and Accreditation: Impacting Health System Performance and Population Health. *Social Innovation Journal*, 3(September), 1–19. <https://socialinnovationsjournal.com/index.php/sij/article/view/528%0A>

- Puschmann, T. (1891). *A History of Medical Education: From the Most Remote to the Most Recent Times* (First). HK Lewis. <https://play.google.com/books/reader?id=RSgJAAAAIAAJ&hl=en&pg=GBS.PR3>
- Sirisup, N. (1999). Measuring social responsiveness of medical schools: A case study from thailand. In *Academic Medicine* (Vol. 74, Issue 8, pp. s75–s80). <https://doi.org/10.1097/00001888-199908000-00033>
- Sri Sundari, Harsono, P. T. S., & Emilia, O. (2015). E-learning implementation in medical education: why does the programme fail in our department? *Advanced Sciences Letters*, 21(1), 127–130.
- Sudarmanto, Y. (2013). *Instructional Design and Curriculum Development: History of Medical Education*.
- The Inter-University Council for East Africa. (2010). *The Inter-University Council for East Africa A Road map to Quality Handbook for Quality Assurance in Higher Education*. 2.
- Undang-Undang Pendidikan Tinggi No. 12 Tahun 2012, (2012).
- van Zanten, M., Boulet, J. R., & Greaves, I. (2012). The importance of medical education accreditation standards. *Medical Teacher*, 34(2), 136–145. <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.643261>
- Woodruff, J. N. (2019). Accounting for complexity in medical education: a model of adaptive behaviour in medicine. *Medical Education*, 53(9), 861–873. <https://doi.org/10.1111/medu.13905>
- World Health Organization, W. (2006). *Working Together for Health*. [https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1)
- World Health Organization, W. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*.

# INDEKS

## A

akuntabilitas sosial 53, 59, 66,  
70–73, 76, 79, 80–82, 90  
audit  
    eksternal 84  
    internal 84

## B

*basic science* 44–46  
bebas kepentingan 20, 24–25  
*beneficiary* 87  
biaya 3–4, 6, 9, 13, 26, 31, 67

## C

capaian pembelajaran 64, 72  
*complex adaptive system* 90  
*conceptualization - production -  
usability* 73, 76  
*conceptualization - production -  
utilization* 89

## D

definisi mutu 1, 6, 8, 10, 13–15,  
56, 58, 61, 65, 89

## E

efektivitas 82

## F

filosofi pendidikan 44

## H

*health system* 60, 73, 77–78

## I

indikator kinerja 84–85  
industri manufaktur 2–3, 6, 15,  
19, 31–34, 54–56, 86–89

## K

karakteristik mutu 15–16, 32  
kebebasan akademik 22, 30, 87  
kebebasan mimbar akademik 22  
keberlanjutan 7  
kebutuhan sosial 59  
kecatatan 5–7, 86  
kepuasan pelanggan 3–4, 8, 10,  
32, 34, 89  
komitmen 7, 9, 14, 29, 53, 77, 79,  
83–84  
kompetensi 7, 49, 51, 58, 62, 64,  
67, 70, 74–75  
komunikasi 7, 23, 46  
komunitas akademik 25, 28, 30  
komunitas internasional 23  
koreksi 7, 18, 23

## M

manajemen mutu terpadu 11, 18  
model kurikulum 67, 71, 80, 82

## N

*natural science* 41

## O

otoritas 26–27, 67, 71, 79, 83, 88

## P

*partnership pentagram* 53, 76,  
83, 89  
pedoman internasional 66  
pelayanan kesehatan 16, 20, 30,  
37, 38–39, 43–45, 50–54,  
57–58, 65, 67, 72, 75–76,  
81–83, 88, 90  
pemahaman 1, 7, 42, 69, 76

pendidikan kedokteran 35–37,  
39, 41–46, 48–57, 61, 63, 65,  
68–69, 71, 75–76, 79, 81–83,  
88–90  
pendidikan progresif 44  
pendidikan tinggi 19–20, 24–25,  
32–35, 49, 56, 63–64, 70,  
86–88  
penelaahan sejawat 25, 29–30  
penemuan 20–21, 25, 27, 30–31,  
42, 87  
penjaminan mutu 1, 8, 19, 35, 50,  
54, 56, 61–65, 68–71, 76–77,  
81, 83–84, 86, 88–90  
penjaminan mutu pendidikan  
dokter 68, 77  
pewarisan intelektual 27  
*plan-do-check-act* 3, 70  
*problem based* 46  
*problem-based learning* 51, 67  
profesi kesehatan 35, 37, 41–42,  
46, 49–58, 61, 68–72, 76,  
81–83, 88–89  
prosedur 9, 11, 18, 70, 85–86

## R

reformasi 44–45, 50–51, 54

## S

siklus perencanaan 3  
skeptis 20–21  
*social accountability* 53, 58, 60,  
66–67, 72–73, 79–80, 94–95  
*social responsibility* 60, 66, 69, 80  
spesifikasi 3–4, 11, 13, 15, 31, 55,  
64–65, 86  
standar nasional 65–66, 69, 73, 81  
standar perguruan tinggi 69, 85  
*system thinking* 90

## T

tanggung jawab sosial 35, 53, 56,  
58  
*total quality* 8, 11, 18, 92–95

## V

variasi minimum 3, 89