

BAB IV

Hasil dan Pembahasan

A. Hasil Penelitian

1. Profil Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar adalah salah satu dari lima fakultas kedokteran di kota Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia. Visi yang dimiliki Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar adalah ingin menjadi fakultas kedokteran yang unggul, terpercaya, bernuansa islami, dan global pada tahun 2020. Untuk mendukung visi tersebut ditetapkan 5 misi, yaitu: (1) Menyelenggarakan pendidikan kedokteran dengan kurikulum berbasis kompetensi dan *evidence based*; (2) Menyelenggarakan pendidikan dokter yang profesional dan berdaya saing, mandiri, beriman dan bertakwa serta berwawasan global yang mampu berperan secara *holistic* dalam mengatasi kesehatan masyarakat; (3) Menyelenggarakan pendidikan dokter yang inovatif, unggul dan kreatif di bidang IPTEK dan penelitian kedokteran Islam; (4) Menyelenggarakan penyebaran dan penerapan IPTEK kedokteran bagi kesejahteraan masyarakat dan menyelenggarakan pengabdian pada masyarakat secara Islami; dan terakhir (5) Menyelenggarakan sistem organisasi dan tata kelola yang baik dan bertanggung

jawab (*Good Governance*). Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar berdiri pada tahun 2008 dan sudah menghasilkan lebih dari 200 dokter. Mayoritas alumni tersebar di berbagai tempat di daerah Sulawesi selatan dan Sulawesi. Jumlah tenaga kependidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar adalah 46 dosen untuk program studi pendidikan dokter dan 16 dosen untuk program studi profesi dokter. Berdasarkan penilaian Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia (LAM PT KES) pada proses akreditasi di tahun 2017, Fakultas Kedokteran unimsuh memperoleh akreditasi B untuk program studi pendidikan dokter dan program studi profesi dokter.

2. Karakteristik Responden

Total tenaga pendidik yang memiliki status kepegawaian di fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar berjumlah 46 dosen. Sedangkan tenaga pendidik dengan tempat status kepegawaian di RS Pelamonia sebanyak 15 dosen. Dari 61 dosen populasi yang di bagikan kuesioner, 16 dosen yang mengisi dan mengembalikan kuesioner kepada peneliti. Dari 16 responden, mayoritas adalah dokter umum, sebesar 62,5%. Sedangkan 37,5% responden adalah dokter spesialis. Spesialisasi dokter yang menjadi

responden bervariasi: 2 dokter spesialis radiologi, dan yang lainnya bervariasi dari spesialis anak, saraf, mata, dan kardiologi.

Berdasarkan tempat status kepegawaian sampel, hanya 1 sampel (6,3%) yang bertugas di RS Pelamonia, sedangkan yang lainnya (93,7%) memiliki status kepegawaian di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Sedangkan berdasarkan lama kerja responden sebagai tenaga pendidik untuk mahasiswa fakultas kedokteran universitas Muhammadiyah Makassar, lebih dari 1/3 responden (37,5%) sudah bekerja sebagai tenaga pendidik selama 5 - <= 10 tahun. Sedangkan responden yang sudah bekerja selama 0 - <2 tahun dan 2 - < 5 tahun sama-sama memiliki proporsi 31,3 %.

3. Pengetahuan tentang AHC

Lebih dari setengah responden (56,3%) mengaku pernah mendengar tentang AHC sebelumnya. Dan dari responden tersebut, 31,3 % responden mengatakan mendapatkan info tentang AHC dari kegiatan seminar / workshop / pertemuan organisasi, sedangkan responden yang mendapatkan informasi tentang AHC dari Fakultas Kedokteran sebesar 25 % di ikuti dengan masing-masing 12,5 % responden yang mengatakan bahwa internet / media social dan teman adalah sumber informasi mereka tentang AHC. Hanya 6,3%

responden yang memilih google, buku /jurnal, dan lainnya sebagai pusat sumber informasi mereka tentang AHC.

Sebagian besar responden belum mengetahui dengan pasti tujuan dari AHC, ada 2 responden yang menjawab tidak / belum tahu dan 1 responden tidak menjawab. Sebagian responden (7) menjawab bahwa tujuan AHC adalah pengintegrasian antara fakultas kedokteran, rumah sakit pendidikan, dan regulator. Jawaban ini merupakan defenisi dari AHC, bukan merupakan tujuan AHC. Ada responden yang menjawab sesuai dengan salah satu tujuan AHC, "*sebagai pusat penelitian unt penyakit yg bekerjasama antara fakultas kedokteran dgn rs pendidikan*" (r.11). Responden yang lain juga menjawab sesuai dengan salah satu tujuan AHC, "*meningkatkan kualitas setiap anak didik*" (r.14). Satu responden berhasil menjawab dengan menyentuh tiga tujuan utama AHC, "*meningkatkan mutu pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan*" (r.8).

Jawaban para responden tentang manfaat AHC bagi fakultas kedokteran dapat dikelompokkan menjadi 5 kelompok. Kelompok pertama mengatakan bahwa manfaat AHC bagi fakultas kedokteran adalah manfaat koordinasi antara fakultas kedokteran dengan RS pendidikan dengan jejaringnya. "*bagi institusi kedokteran sebagai pusat pendidikan kesehatan yang nantinya akan berkolaborasi*

dengan RS Pendidikan jejaringnya” (r.10). *“Sebagai yang mengatur hubungan Fakultas dgn RSP dalam segala aspek”* (r.13). Termasuk koordinasi dalam hal proses pendidikan. *“Memudahkan bagi fakultas dalam mengkoordinir mhs koas dan pembimbing di rumah sakit pendidikan”* (r.9), *“Agar dapat mengontrol semua sistem, mahasiswa, dan pengajar nya”* (r.1). Kelompok berikutnya menyampaikan manfaat yang dapat dirasakan oleh fakultas kedokteran dengan adanya AHC adalah pengembangan pendidikan dan penelitian. *“meningkatkan pendidikan pada kedokteran berkelanjutan”* (r.11), *“pengembangan pendidikan”* (r.12), *“Meningkatkan wahana Pendidikan bagi mahasiswa kedokteran”* (r.3). Kelompok jawaban ketiga dari responden membahas tentang manfaat untuk fakultas kedokteran yang berhubungan dengan sistem kesehatan di Indonesia. *“Memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang kompeten di dunia kerja”* (r.6), *“Sistem bisa berjalan dengan efektif dan terkoordinasi”* (r.15), dan *“Relevansi Fakultas Kedokteran dengan semua stakeholder”* (r.2). Kelompok selanjutnya menyampaikan bahwa manfaat AHC dapat membantu mewujudkan visi dan misi fakultas kedokteran dan dapat meningkatkan daya jual fakultas kedokteran. *“Penunjang terwujudnya visi dan misi fakultas kedokteran”* (r.4), *“Meningkatkan daya jual FK, menekan angka kesakitan, menjadi*

pusat riset/belajar mandiri” (r.15). Kelompok terakhir adalah responden yang menjawab tidak tahu tentang manfaat AHC bagi fakultas kedokteran dan tidak memberikan jawaban pada pertanyaan ini.

Secara umum, jawaban responden tentang manfaat AHC terhadap RS pendidikan mengarah kepada 2 hal: peningkatan mutu pendidikan dan mutu pelayanan kesehatan. Ada responden yang mengatakan bahwa AHC membawa manfaat kepada RS pendidikan karena menunjang akreditasi RS, sedangkan responden lain mengatakan bahwa AHC merupakan suatu syarat agar RS memiliki status RS pendidikan. Manfaat AHC bagi RS pendidikan adalah, *“Sumber ilmu dan referensi terbaru, berdiskusi perkembangan terkini manajemen kasus di RS, service excellent bagi pasien”* (r.16). Jawaban responden ini dapat merangkum jawaban responden lain yang mengarah kepada peningkatan mutu pendidikan dan mutu pelayanan kesehatan. Seorang responden mengatakan manfaat AHC untuk RS pendidikan dapat menjangkau hingga pada layanan kesehatan masyarakat, *“Meningkatkan mutu pendidikan kesehatan, pelayanan dan penelitian termasuk kualitas pendidikan profesi kesehatan dan layanan kesehatan masyarakat”* (r.10). Tetap ada

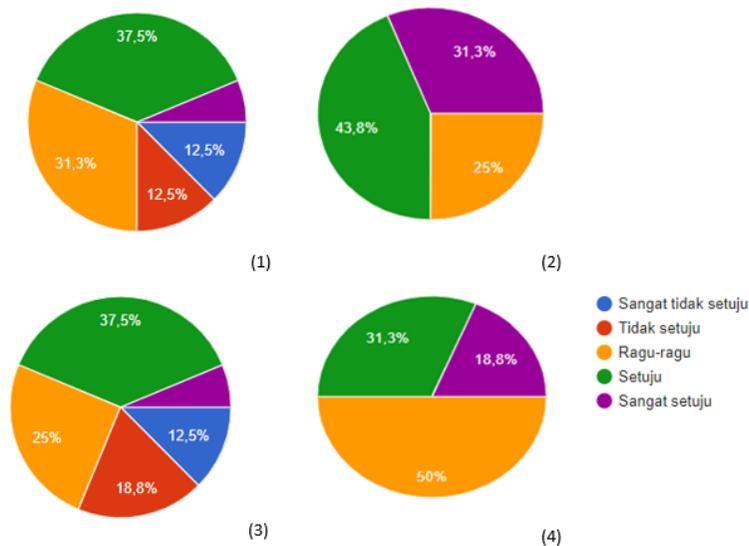
responden yang menjawab tidak tahu dan tidak memberikan jawaban pada pertanyaan ini.

Jawaban para responden mengenai manfaat AHC terhadap dosen mengarah kepada peningkatan kualitas dan kompetensi dosen dalam menjalankan fungsi tri darma perguruan tinggi. *“Perkembangan ilmu pengetahuan yang benar-benar dibutuhkan oleh masyarakat dan dunia kerja”* (r.6), *“Memiliki banyak potensi utk penelitian Dan pelayanan serta pengabdian masyarakat”* (r.3), *“Sebagai tempat unt pengembangan penelitian dan pendidikan”* (r.11). Dua orang responden memberikan jawaban yang mencakup tiga aspek tri darma perguruan tinggi. *“Sarana diskusi, sumber riset, brain storming, layanan edukasi dan diseminasi ilmu pengetahuan kedokteran terbaru, sarana pengabdian dan dakwah, sarana implementasi praktis Tridharma pendidikan tinggi”* (r.16) dan *“Memacu dosen untuk meningkatkan kompetensinya, terbukanya peluang yang sangat besar untuk mengupgrade penelitiannya serta kegiatan pengabdian masyarakat”* (r.10). Ada beberapa responden yang menyinggung tentang manfaat yang dapat diberikan AHC dalam membantu dosen menjalankan fungsi pendidikan. *“Bagi dosen mungkin waktu bisa tertata baik dalam mengisi setiap kegiatan di kedua institusi tersebut”* (r.13), *“Untuk menguatkan pengetahuan,*

keterampilan dan pemahaman mahasiswa” (r.14), “Untuk memudahkan dosen mengatur dan mengontrol mahasiswanya” (r.1).

Tetapi, seperti pada pertanyaan sebelumnya, ada responden yang menjawab tidak tahu dan tidak menjawab pertanyaan.

4. Sikap tentang AHC

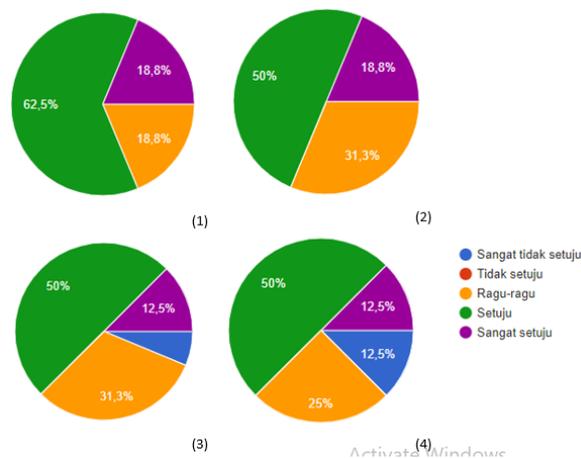


Gambar 3 Hasil kuesioner responden

(1) Masyarakat sudah menerima kualitas pelayanan yang baik, (2) AHC dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, (3) Masyarakat sudah menerima pelayanan kesehatan dengan harga terjangkau, (4) AHC dapat menurunkan biaya kesehatan per kapita

43,7% responden sangat setuju dan setuju tentang pernyataan bahwa masyarakat Indonesia senang dengan adanya JKN di Indonesia sekarang, 25% ragu-ragu. 31,3 tidak setuju dan sangat tidak setuju. Sikap responden tentang masyarakat Indonesia saat ini sudah menerima kualitas pelayanan kesehatan yang baik, 43,7% menyatakan sangat setuju dan setuju dan 31,3% ragu-ragu. Sedangkan sekitar 25%

responden lainnya menyatakan tidak setuju dan sangat tidak setuju. Para responden cenderung setuju bahwa AHC dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, 75% sangat setuju, dan setuju, sedangkan hanya 25% yang ragu-ragu. Untuk pernyataan masyarakat sudah menerima pelayanan kesehatan dengan harga yang terjangkau, 43,7% responden menyatakan sangat setuju dan setuju, dan 25% menyatakan ragu-ragu. Responden yang tidak setuju dan sangat tidak setuju bahwa masyarakat sudah menerima pelayanan kesehatan dengan harga yang terjangkau sebanyak 31,3%. AHC dapat menurunkan biaya kesehatan per kapita ditanggapi dengan 50% responden menyatakan sangat setuju dan setuju. Sedangkan 50% menyatakan ragu-ragu dalam memutuskan apakah AHC dapat menurunkan biaya kesehatan per kapita.



Gambar 4 Hasil kuesioner responden

(1) AHC dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, (2) AHC dapat mengatasi perubahan pola penyakit, (3) AHC dapat memajukan penelitian biomedis di Indonesia, (4) AHC dapat memajukan teknologi informasi kesehatan

Sebagian besar responden sepakat bahwa kehadiran AHC dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. 81,2 menyatakan sangat setuju dan setuju, dan hanya 18,8% yang ragu-ragu. Sebagian besar responden menyatakan setuju bahwa AHC dapat mengatasi perubahan pola penyakit di masyarakat yang diakibatkan oleh perubahan demografi penduduk dengan 68,7% menyatakan sangat setuju dan setuju sedangkan 31,3% ragu-ragu. Sebagian besar responden (43,8%) ragu-ragu tentang kemajuan penelitian biomedis di Indonesia. Hanya 12,5% yang setuju dengan kemajuan tersebut dan 43,7% mengatakan tidak setuju dan sangat tidak setuju terhadap statemen tersebut. AHC dapat meningkatkan kemajuan penelitian biomedis di Indonesia di respon oleh $\frac{1}{8}$ responden (12,5%) dengan pendapat sangat setuju, di ikuti oleh $\frac{1}{2}$ responden (50%) mengatakan setuju. 31,3% menyatakan ragu-ragu dan 6,3% menyatakan sangat tidak setuju jika AHC dianggap dapat meningkatkan kemajuan penelitian biomedis di Indonesia.

Responden memberikan tanggapan yang bervariasi tentang teknologi informasi di bidang kesehatan dianggap sudah maju. 18,7% mengatakan sangat setuju dan setuju, 37,5% ragu-ragu. Sedangkan yang berpendapat tidak setuju dan sangat tidak setuju sebanyak 43,3%. Sebagian besar responden menyatakan sangat setuju dan setuju (62,5%) dengan statemen bahwa AHC dapat meningkatkan kemajuan teknologi informasi di bidang kesehatan di Indonesia. Sedangkan 25% menjawab ragu-ragu dan 12,5% lainnya mengatakan

sangat tidak setuju bahwa AHC dapat meningkatkan kemajuan teknologi informasi di bidang kesehatan di Indonesia.

Hanya 1/8 (12,5%) responden yang setuju merasa dirinya sudah mendapatkan informasi yang cukup tentang AHC. Sedangkan 31,3% menyatakan ragu-ragu, 31,3% menyatakan tidak setuju dan 25% lainnya menyatakan sangat tidak setuju bahwa dirinya sudah mendapat informasi yang cukup tentang AHC. Sebagian besar responden (50% sangat setuju dan 37,5% setuju) merasa bahwa dirinya perlu mengetahui lebih banyak tentang AHC. Sedangkan hanya 12,5% yang ragu-ragu akan perlunya menambah pengetahuan tentang AHC. Sebagian besar responden juga sangat setuju (25%) dan setuju (62,5%) untuk berkontribusi terhadap pemberntukan AHC di fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar. Sedangkan hanya 12,5% yang ragu-ragu apakah ingin berkontribusi atau tidak.

Sebagian besar responden juga sepakat bahwa fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar sudah siap untuk menjadi bagian dari AHC ketika AHC akan dibentuk. 68,8% menyatakan sangat setuju dan setuju, dan 25% ragu-ragu. Hanya 6,3% responden yang berpendapat sangat tidak setuju fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar sudah siap untuk menjadi bagian dari AHC. Tanggapan responden bervariasi terhadap perlunya fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar merubah visi fakultas jika ingin membentuk AHC. 50,2% sangat setuju setuju untuk dilakukan perubahan visi fakultas. Sedangkan 25% menyatakan

ragu-ragu, 24,8% tidak setuju dan sangat tidak setuju jika dilakukan perubahan terhadap visi fakultas jika ingin membentuk AHC.

B. Pembahasan

1. Pengetahuan Dosen

Pengetahuan dosen-dosen di fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar tentang AHC masih terbatas. Sebagai contoh tentang tujuan AHC, tujuan AHC adalah misi tripartit: pencapaian standar perawatan klinis yang tinggi, melakukan penelitian klinis dan laboratorium, dan mendidik para professional kesehatan. Ada satu responden yang menyinggung 3 hal itu. Sedangkan sebagian besar responden belum mengetahui tujuan AHC melainkan menjelaskan defenisi AHC. Sampel yang diambil pada penelitian ini jumlahnya memang terbatas, tetapi dalam jumlah yang terbatas itu ternyata hanya sebagian kecil yang mengetahui tujuan AHC. Secara umum dapat dikatakan bahwa pengetahuan dosen akan hal-hal mendasar tentang AHC masih kurang. Sehingga diperlukan langkah-langkah persiapan yang dilakukan oleh fakultas kedokteran untuk membekali dosen-dosen pengetahuan yang cukup tentang AHC.

Pengetahuan dosen tentang AHC yang terbatas terkonfirmasi dengan pernyataan sebagian besar dosen yang merasa belum cukup mendapatkan informasi tentang AHC. Walaupun begitu, ketika

ditanyakan tentang apa manfaat AHC bagi fakultas kedokteran dan RS pendidikan, secara umum jawaban para dosen sudah mengarah kepada misi tripartit dari AHC, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas pendidikan dan penelitian. Sebagian besar dosen memiliki keinginan untuk mencari informasi lebih banyak pun tentang AHC, hal ini menimbulkan optimisme dalam persiapan fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar membentuk AHC. Para dosen pun menyatakan keinginannya untuk siap berkontribusi bagi pembentukan AHC di fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar, hanya 1/8 dosen yang masih ragu-ragu untuk ingin berkontribusi.

2. Sikap dosen terhadap AHC

a. Kebutuhan Masyarakat dan Kemampuan Sistem

Sebuah reformasi sistem kesehatan di Indonesia diawali pada tahun 2014 dengan dimulainya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Di tahun 2008, Amerika Serikat juga sedang mengalami reformasi sistem kesehatan. Berwick et al (2008) merekomendasikan kepada pemerintah Amerika Serikat untuk melakukan reformasi sistem kesehatan dengan mengarah kepada tiga tujuan (*triple aim*), yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan individu, meningkatkan kesehatan populasi, dan menurunkan

biaya kesehatan per kapita. Pendekatan yang di rekomendasikan Berwick di Amerika Serikat dapat di adaptasi untuk mengarahkan reformasi sistem kesehatan di Indonesia. Pendekatan ini dapat mengetahui kapabilitas dari sistem kesehatan Indonesia. Sikap para responden terhadap JKN di Indonesia dinilai dengan berlandaskan pada dua tujuan: peningkatan kualitas pelayanan kesehatan individu dan penurunan biaya kesehatan per kapita. Sikap para dosen masih terbagi tiga tentang masyarakat sudah menerima pelayanan kesehatan berkualitas. Sebagian ada yang setuju, ragu-ragu, dan tidak setuju. Walaupun diantara ketiga pilihan tersebut, dosen yang setuju jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan 2 pilihan lainnya. Mayoritas para dosen setuju bahwa dengan kehadiran AHC dapat berkontribusi kepada peningkatan kualitas pelayanan pasien.

Gold et al (2016) melakukan sebuah studi kasus peningkatan kualitas pelayanan di suatu AHC. Pada studi kasus tersebut AHC dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dengan dukungan dan partisipasi yang proaktif dari para klinisi dan tim klinis yang lain. Dokter dan staf klinis adalah ujung tombak dari pelayanan kesehatan, mereka adalah ahli dalam permasalahan klinis, memiliki pengetahuan lapangan dalam konteks social dan

organisasi dimana pelayanan kesehatan itu diberikan. Peran AHC dalam memberikan pelayanan yang berkualitas adalah melalui para dokter dan staf klinis. Sehingga program peningkatan mutu yang dijalankan oleh AHC jika ingin berhasil perlu memperhatikan kolaborasi dari pihak *practice plan*, rumah sakit, dan institusi pendidikan dalam hal pembuatan dan implementasi program peningkatan mutu tersebut. Selain kolaborasi, hal-hal penting yang dapat membuat program peningkatan mutu itu berhasil adalah adanya kurikulum yang di sesuaikan untuk membuat para klinisi menjadi lebih aktif, pengimplementasian program didampingi oleh tim ahli, dan dukungan dan perhatian dari pimpinan organisasi (Gold et al, 2016).

Institusi pendidikan juga dapat berkontribusi dalam menjalankan peran AHC untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Residen sebagai bagian dari institusi pendidikan dapat berperan serta dalam menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam suatu AHC (Fang et al, 2015). Peran residen sebagai salah satu pemberi pelayanan di garis depan dapat memberikan umpan balik kepada manajemen AHC tentang kualitas pelayanan yang mereka berikan dan hal-hal apa saja yang dapat ditingkatkan untuk memberikan kualitas pelayanan yang

lebih baik, jika mereka dilibatkan dalam proses peningkatan kualitas pelayanan. Di Inggris, niatan para residen untuk berkontribusi dalam program peningkatan kualitas pelayanan itu ada, tetapi mereka merasa lingkungan kerja mereka tidak kondusif bagi mereka untuk dapat terlibat dalam program peningkatan kualitas (gilbert et al, 2012). Agar residen dapat berkontribusi dengan baik terhadap kualitas pelayanan dalam AHC, maka dalam proses pendidikan residen, perlu diberikan pengetahuan-pengetahuan tentang materi penjaminan kualitas dan program peningkatan kualitas dalam pelayanan (Fang et al, 2015)

Pendapat para dosen juga terbagi pada topik tentang masyarakat sudah menerima pelayanan kesehatan dengan harga yang terjangkau. Walaupun pendapat yang setuju merupakan pendapat yang terbanyak di bandingkan pendapat yang lain. Kehadiran AHC yang dapat menurunkan biaya kesehatan per kapita mendapat 2 respon dari para dosen: setuju dan ragu-ragu. Tidak ada dosen yang menjawab tidak setuju. Hal ini menandakan bahwa para dosen berpendapat dengan adanya integrasi antara institusi pendidikan, pelayanan dan regulator tidak akan menaikkan biaya kesehatan per kapita. Dalam hal kapasitas sistem kesehatan, kemampuan meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat dinilai para dosen dapat terbantu dengan kehadiran AHC. Karena dengan adanya transisi fokus AHC dari pelayanan spesifik ke individu menjadi ke kesehatan populasi.

b. Perubahan Lingkungan

Para responden menilai AHC dapat mengatasi perubahan pola penyakit di masyarakat yang diakibatkan oleh perubahan demografi penduduk. Keadaan demografi penduduk di Indonesia masih memperlihatkan mayoritas masyarakat di Indonesia tinggal di daerah pedesaan. Menurut data BPS tahun 2014, dari 34 propinsi di Indonesia, 24 propinsi menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang tinggal di desa masih lebih banyak dibandingkan yang tinggal di kota (BPS, 2014). Dari segi umur, proporsi jumlah penduduk yang berusia 0-14 tahun akan mengalami penurunan sebesar 7,1%, usia 15-64 tahun akan mengalami peningkatan sebesar 1,4%, dan jumlah penduduk usia >65 tahun akan meningkat lebih dari 100% dari 5% menjadi 10,6 % (BPS, 2013). Situasi perubahan demografi serupa juga terjadi di Amerika Serikat, terutama di daerah pedesaan dimana kelompok usia produktif meninggalkan desa dan para orang tua yang sudah pensiun pergi kembali ke desa mereka (Gamm et al, 2003).

Tantangan bagi pelayanan kesehatan di pedesaan adalah akses pelayanan kesehatan yang rendah, masalah kesehatan yang unik, dan kualitas pelayanan yang rendah. Committee on the Future of Rural Health Care (2005) dalam laporannya mengidentifikasi 4 prioritas yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan di pedesaan yang merupakan ruang lingkup kegiatan AHC: (1) meningkatkan akses kepada pelayanan kesehatan, (2) mengatasi masalah kesehatan yang spesifik dan unik, (3) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan fokus pada intervensi di tingkatan komunitas, dan (4) meningkatkan kesehatan komunitas.

Salah satu penyebab rendahnya akses pelayanan kesehatan di desa adalah karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan di desa. AHC dapat berperan dengan menerima mahasiswa yang berasal dari daerah-daerah pedesaan yang jumlah tenaga kesehatannya terbatas. Mahasiswa yang masuk fakultas kedokteran yang berasal dari daerah pedesaan memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk kembali ke desa asalnya dan bertahan disana jika dibandingkan mahasiswa lainnya (Rabinowitz et al 2001; Rabinowitz et al, 2005). AHC dapat memfasilitasi proses penerimaan mahasiswa tersebut melalui program

penjangkauan yang inovatif (Schwarz, 2004) dan melalui kemitraan dengan universitas-universitas di pedesaan (Bowmann and Grouse, 2003). Selain itu, kurikulum di kedokteran perlu ada komponen mentoring dengan konsep kedokteran keluarga dan paparan dengan pedesaan saat praktek klinis berbasis komunitas agar dapat meningkatkan kemungkinan mahasiswa memilih tempat bekerja di pedesaan (Bowmann and Grouse, 2003; Rabinowitz et al, 2005).

Contoh permasalahan kesehatan yang unik dan spesifik di pedesaan adalah pelayanan medis darurat yang memadai (Gamm et al, 2003). AHC dapat membantu menyiapkan dokter, internis, tenaga kesehatan tingkat menengah, dan ruang gawat darurat untuk memenuhi tantangan unik perawatan ruang gawat darurat di pedesaan (William et al 2001; Rodney et al 1999). AHC juga dapat menyediakan konsultasi telemedicine realtime untuk dokter yang merawat pasien trauma (Rogers et al, 2001) dan dapat memainkan peran dalam mengembangkan protokol triase dan transfer dengan bekerja sama dengan badan layanan medis darurat lokal dan ruang gawat darurat di pedesaan. Kemitraan antara residen program emergensi dan layanan medis darurat lokal dan propinsi dapat membuka peluang pendidikan bagi residen dan

supervisor untuk layanan medis darurat di pedesaan (Custalow et al, 2000).

Suatu pendekatan penting yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas perawatan di daerah pedesaan adalah melalui kolaborasi dan kemitraan AHC dengan mitra lokal dan regional di wilayah rujukan mereka (Committee on the Future of Rural Health Care, 2005). Satu program yang menjangkau pedesaan, yang berbasis di Pusat Kanker Massey di Universitas Virginia Commonwealth, mempererat hubungan dengan lima rumah sakit di pedesaan di mana ada ahli onkologi yang memberikan pelayanan konsultasi klinik. Sebagai tambahan dalam pelayanan kepada pasien, ahli onkologi juga bekerja sama dengan dokter keluarga dan internis yang tertarik untuk meningkatkan pengetahuan mereka dan kemampuan dalam manajemen kasus kanker. Hal ini dilengkapi dengan konsultasi telepon oleh ahli onkologi dan perawat pusat kanker (Desch et al, 1999). Pusat kanker perawat onkologi juga bekerja dengan staf lokal perawat dan ada peluang untuk pelatihan tambahan bagi staf lokal di Pusat Kanker Massey. Inisiasi program ini meningkatkan beberapa ukuran kualitas pelayanan yang ada, termasuk tingkat operasi payudara dan kemoterapi adjuvan. Selain itu, pasien menerima

lebih banyak perawatan di rumah mereka, di mana mereka lebih dekat pendukung sosial mereka (Desch et al, 1999).

Dalam suatu penelitian, sebuah intervensi pendidikan dikembangkan berdasarkan pada pola rujukan kanker yang biasanya di tujukan ke RS akademik pusat tetapi kemudian diarahkan ke dokter di pedesaan. Intervensi ini menghasilkan penurunan jarak perjalanan pasien dan meningkatkan perawatan tindak lanjut dari dokter setempat (Elliot et al, 2004). Contoh kasus yang lain, sekolah farmasi yang terkait dengan AHC dapat bekerja dengan rumah sakit di pedesaan untuk menyediakan akses 24 jam ke apoteker untuk konsultasi, dan peluang pendidikan tambahan untuk mahasiswa profesi apoteker (Coburn et al 2004). AHC bisa juga menyediaka proses pembelajaran dalam hal peningkatan kualitas dan kepemimpinan untuk dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang bertugas di daerah pedesaan (Committee on the Future of Rural Health Care, 2005).

Pendekatan kedua yang penting dilakukan untuk meningkatkan kualitas perawatan di daerah pedesaan adalah melalui penggunaan informasi teknologi dan Kedokteran Berbasis Bukti (KBB). Apakah ada ketersediaan Catatan Kesehatan Elektronik (CKE) atau akses broadband ke sumber daya untuk

telemedicine, masyarakat pedesaan sering mengalami "kesenjangan digital" dengan masyarakat di perkotaan. Kecil kemungkinan masyarakat pedesaan memiliki akses broadband, dan penyedia broadband pedesaan cenderung tidak memiliki akses ke CKE (Committee on the Future of Rural Health Care, 2005). Namun, akses ke informasi bukti medis terbaru diperlukan untuk meningkatkan kualitas perawatan. Perpustakaan AHC memiliki keahlian teknis dan informatika, dan juga kemampuan untuk mengajar para dokter untuk menggunakan sistem ini untuk mengakses informasi terbaik untuk memenuhi kebutuhan pasien mereka. Beberapa AHC telah dengan sukses mengembangkan program untuk menjangkau hingga ke rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan di pedesaan. Program-program ini biasanya menawarkan akses online ke database, "circuitrider" sebuah referensi perpustakaan yang menyediakan program pelatihan untuk penyedia perawatan kesehatan di pedesaan, dan telepon atau konsultasi e-mail dengan pustakawan (McDuffee, 2000). Teknologi lainnya yang berbasis program termasuk teknologi pembelajaran jarak jauh untuk melatih tenaga kesehatan (Li et al, 2005) dan akses ke informasi di lokasi perawatan baik untuk tujuan perawatan pasien dan untuk menyediakan dokter sumber

yang mudah untuk melanjutkan pendidikan kedokteran (McDuffee, 2000; McCloskey, 2000).

Beberapa contoh diatas menggambarkan manfaat AHC yang dapat terasa dalam hal kualitas pelayanan kesehatan, penelitian terhadap program-program baru, dan proses pendidikan yang Hal ini dapat terjadi karena integrasi yang terjalin antara pelayanan dengan penelitian akan membantu mengarahkan topik-topik penelitian yang diteliti mengacu kepada kasus-kasus yang sedang terjadi di masyarakat. Hal ini akan membantu mempercepat terjadinya penemuan-penemuan baru atau alternatif-alternatif solusi baru bagi permasalahan penyakit di Indonesia. Hasil dari proses penelitian dan pendidikan pun akan lebih terasa manfaatnya oleh masyarakat, karena masalah yang di teliti adalah masalah-masalah prioritas yang ingin segera diselesaikan di masyarakat.

Dalam hal pengembangan teknologi informasi di dalam AHC, Institute of Medicine (2004) dalam rekomendasinya memberikan penekanan akan pentingnya teknologi dan sistem informasi dalam mengelola AHC. IOM memberikan rekomendasi kepada AHC harus menjadikan inovasi dan implementasi teknologi informasi sebagai prioritas untuk mengelola perusahaan

dan melakukan pengajaran, penelitian, dan kegiatan klinis yang terpadu. AHC harus memiliki sistem informasi yang menjangkau setiap unit perusahaan untuk dapat membantu proses pengambilan keputusan yang terintegrasi, penilaian kinerja, dan manajemen keuangan. AHC juga harus menjadi pelopor dalam penggunaan sistem informasi untuk tujuan klinis dan menggabungkan penggunaannya dalam pendidikan dan penelitian klinis (Institute of Medicine, 2004)

Review sistematis yang dilakukan oleh Chaudhry et al (2006) menguatkan rekomendasi dari IOM tentang manfaat teknologi informasi. Review mereka menyimpulkan bahwa teknologi informasi berguna dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Efek utama teknologi informasi kesehatan pada kualitas perawatan adalah perannya dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pedoman praktek klinis atau perawatan berbasis protokol (*protocol based care*). Dalam hal membantu proses pengambilan keputusan, peran teknologi informasi biasanya dalam bentuk pengingat otomatis yang terkomputerisasi, yang merupakan komponen dari kepatuhan. Fungsi pendukung keputusan biasanya terintegrasi dalam catatan kesehatan elektronik atau komputerisasi sistem entri

pesanan penyedia. Sistem pencatatan kesehatan elektronik lebih sering dievaluasi pada pasien rawat jalan; dan sistem entri-pemesanan provider lebih sering dievaluasi pada pasien rawat inap. Peningkatan dalam proses pelayanan kesehatan dengan bantuan teknologi informasi dapat berkisar antara 5 hingga 66% (Chaudhry et al, 2006).

Ada tiga studi yang meneliti efek teknologi informasi kesehatan pada pencegahan sekunder untuk komplikasi terkait dengan rawat inap. Satu studi klinis dengan pengontrolan yang menggunakan pengawasan dan identifikasi terkomputerisasi pada pasien berisiko tinggi dan dengan ada peringatan ke dokter, menunjukkan penurunan sekitar 3,3% (dari 8,2% menjadi 4,9%) dari kasus trombosis vena dalam dan emboli paru di rumah sakit yang berisiko tinggi (Kucher et al, 2005). Sebuah penelitian lain menunjukkan 5% penurunan dalam pencegahan ulkus pada pasien rawat inap (Wilson et al, 1995), dan penelitian lainnya menunjukkan penurunan sebesar 0,4 dalam infeksi pasca operasi (Larsen et al, 1989).

Manfaat penggunaan IT dalam hal efisiensi berdampak pada penurunan tingkat penggunaan pelayanan kesehatan. Sistem *order-entry* yang terkomputerisasi dapat memberikan bantuan

dalam proses pengambilan keputusan pada lokasi pelayanan kesehatan dimana intervensi primer dapat menurunkan angka penggunaan pelayanan kesehatan. Tipe bantuan dalam proses pengambilan keputusan termasuk didalamnya perhitungan otomatis probabilitas pre-tes untuk tes diagnostic, menampilkan hasil tes sebelumnya, menampilkan biaya tes laboratorium, dan pengingat terkomputerisasi (Chaudhry et al, 2006).

Kemajuan penelitian biomedis di Indonesia masih mendapatkan keraguan dari para dosen. Lebih banyak dosen yang tidak setuju bahwa penelitian biomedis di Indonesia sudah maju daripada yang setuju. Kehadiran AHC diharapkan dapat mempercepat kemajuan penelitian biomedis dan hal itu senada dengan pendapat para mayoritas dosen yang setuju tentang peran AHC dalam memajukan penelitian biomedis di Indonesia. AHC dapat memajukan penelitian biomedis di Indonesia dengan menyediakan topik-topik penelitian yang merupakan masalah-masalah prioritas kesehatan di masyarakat. Dengan menjadikan masalah kesehatan yang sedang terjadi di masyarakat, maka dapat membuka jalan bagi adanya dana-dana pemerintah yang digunakan untuk penanganan masalah kesehatan tersebut dialokasikan sebagian untuk membiayai proses penelitian. Hasil

dari penelitian tersebut diharapkan dapat menangani masalah kesehatan tersebut. Dana-dana dari organisasi donor dapat juga diserap untuk membiayai penelitian tersebut. Masyarakat pun dapat diminta kontribusinya terhadap penelitian dan masyarakat akan merasa lebih dekat dengan penelitian tersebut karena permasalahan mereka yang sedang diteliti untuk dicarikan solusinya. Dengan adanya tambahan sumber dana untuk pembiayaan penelitian, diharapkan dapat memajukan penelitian biomedis di Indonesia.

AHC sebagai suatu organisasi memiliki karakteristik fokus kepada pencapaian misinya (efektif) dan menggunakan sumber daya (*resource*) yang terbatas secara tepat guna (efisien). Agar dapat selalu efektif dan efisien, maka diperlukan suatu proses pengambilan keputusan yang baik. Teknologi informasi dapat membantu dalam proses pengambilan keputusan yang baik karena berbasis data, sehingga dikenal dengan istilah *evidence based decision making*. Kemajuan teknologi informasi di bidang kesehatan masih menimbulkan berbagai pendapat dari para dosen. Jawaban mayoritas adalah ragu-ragu kemudian diikuti jawaban tidak setuju. Tetapi, kehadiran AHC membuat sebagian besar dosen berpendapat bahwa kemajuan teknologi di bidang kesehatan

itu dapat dicapai. Peran AHC dalam pengembangan teknologi informasi di bidang kesehatan adalah database data kesehatan dan *data linkage* dari database tersebut. Dengan banyaknya data kesehatan yang dimiliki dan dapat menghubungkan antara masalah kesehatan di masyarakat dengan sumber daya yang tersedia untuk menangani masalah tersebut, maka proses pemecahan masalah tersebut akan lebih efisien dan efektif.

3. Kesiapan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar terhadap pembentukan AHC

Berdasarkan pendapat sebagian besar dosen, fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar sudah siap untuk menjadi bagian dari AHC. Secara umum, setiap fakultas kedokteran dapat menjadi bagian dari AHC, yang terutama dari AHC adanya integrasi antara institusi pendidikan, rs pendidikan dan regulator. Bagi fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar untuk menjadi bagian dari AHC diperlukan adanya perjanjian kerjasama dengan RS pendidikan dan MPKU Muhammadiyah sebagai regulator. Saat ini RS pendidikan utama bagi fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar adalah RS Pelamonia. RS pendidikan Universitas muhammadiyah makassar sementara dalam proses pembangunan dan di masa depan dapat digunakan juga sebagai RS

pendidikan yang dapat berintegrasi menjadi AHC dengan fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar. Kesiapan dosen sebagai sumber daya manusia fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar untuk menjadi bagian AHC masih perlu ditingkatkan. Baik dari segi pengetahuan tentang AHC dan kompetensi-kompetensi penelitian dan pengabdian masyarakat yang dibutuhkan untuk membentuk suatu AHC. Tetapi, kemauan para dosen untuk mencari informasi tentang AHC dan bersedianya para dosen untuk berkontribusi demi terwujudnya AHC di fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar dapat menjadi optimism bagi fakultas kedokteran universitas muhammadiyah makassar dalam membentuk AHC.