

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### 1. *Academic Health Center (AHC)*

###### a. Defenisi

Belum ada kesepakatan universal tentang defenisi Academic Health Center (AHC), hal ini disebabkan oleh banyaknya variasi dari organisasi AHC yang ada. Untuk memudahkan pengidentifikasian dari suatu AHC, French et al. (2014) berpendapat bahwa AHC adalah suatu organisasi yang kompleks yang mayoritas aktivitasnya ditentukan oleh misi 'tripartit' yang dianut oleh AHC. Misi 'tripartit' itu adalah: (1) mencapai standar perawatan klinis yang tinggi, (2) melakukan penelitian klinis dan laboratorium serta (3) mendidik para profesional kesehatan. Untuk menjalankan misi tripartit ini AHC menggabungkan lembaga pendidikan tinggi terakreditasi yang menyelenggarakan pendidikan profesional kesehatan medis dan tenaga kesehatan lainnya dengan satu atau lebih afiliasi lembaga pendidikan tinggi, atau dengan rumah sakit pendidikan atau dengan suatu sistem kesehatan (Wartman 2007). Dengan kompleksitas struktural ini, akan lebih tepat untuk mendefinisikan AHC berdasarkan misi

yang mereka ingin capai daripada mendefinisikan berdasarkan model organisasi mereka (Blumenthal and Meyer, 1996). Secara umum diterima bahwa misi inti AHC di semua komponennya adalah untuk menghasilkan penelitian dasar dan klinis yang berkualitas tinggi, pendidikan untuk para profesional kesehatan dan pelayanan klinis kepada pasien. Berbagai misi ini mengakibatkan bahwa tata kelola dan pembiayaan AHC juga kompleks (Blumenthal and Meyer, 1996).

Salah satu alasan sulitnya menentukan kesepakatan bersama tentang definisi AHC ialah karena ada juga organisasi-organisasi yang memiliki aktivitas dan misi yang menyerupai AHC tapi organisasi tersebut tidak dinamai sebagai AHC. Terdapat nama lain yang digunakan untuk menamai organisasi tersebut, yaitu Academic Medical Center (AMC), Academic Health System (AHS), Academic Health Science Center (AHSC), Academic Health Science System (AHSS).

AHC sudah menjadi suatu organisasi yang mapan di Amerika Serikat dan sudah mapan atau baru berkembang di sejumlah negara berpenghasilan tinggi lainnya di seluruh dunia (French et al., 2014, Ovseiko et al., 2010, Davies et al., 2010). Menurut Asosiasi Pusat Kesehatan Akademik (AAHC), ada

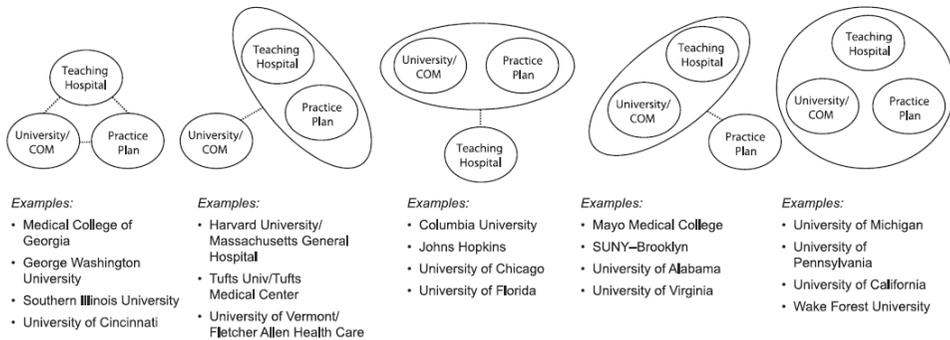
sekitar 140 pusat kesehatan akademik (AHC) di AS dari berbagai struktur dan tingkat integrasi dan keselarasan dengan universitas. Dua pertiga dari lembaga-lembaga ini adalah bagian dari universitas yang komprehensif (Colenda and Azziz, 2015).

Selain tiga misi utama AHC yang sudah dijelaskan diatas, ada beberapa literatur yang menambahkan misi dari AHC yang dapat juga dilakukan oleh AHC. Misi keempat yang diidentifikasi dalam literatur Amerika Utara adalah "misi sosial" dari AHC untuk merawat komunitas yang tidak diasuransikan di daerah mereka. Beberapa komentator meminta AHC untuk memiliki penekanan yang lebih kuat pada perawatan primer dan kebutuhan komunitas (Lewis and Sheps, 1983). Misi kelima AHC yang diidentifikasi dalam literatur adalah penelitian translasi. AHC dipandang sebagai pusat untuk pengiriman penelitian dari "bangku ke samping tempat tidur" (*bench to bed-side*) karena misi bersama mereka dari penelitian berkualitas tinggi dan pemberian layanan kesehatan. Dua literatur menggambarkan hambatan (dan solusi potensial) untuk pengiriman penelitian translasi dalam konsep AHC (Poher et al., 2001, Cripe et al., 2005).

b. Struktur *Acedemic Health Center*

Beberapa literatur berpendapat bahwa misi dan kompleksitas organisasi AHC akan mempengaruhi struktur dan tata kelola AHC. Beberapa jurnal menggunakan kerangka kerja konseptual dan studi kasus deskriptif untuk mempertimbangkan bagaimana mengatur AHC secara optimal. Ada berbagai struktur AHC yang ditandai dengan sejauh mana misi akademik dan klinis beroperasi di bawah satu kerangka administrasi dan tata kelola (Barrett, 2008), dan tidak ada model organisasi yang “*one size fits all*” (satu model yang cocok untuk semua). Variasi struktur AHC berada diantara dua ujung. Di satu ujung, semua AHC berada pada satu kesatuan dengan sebuah model integrasi struktural penuh di mana semua komponen kolektif dipimpin oleh seorang Chief Executive Officer tunggal dan dewan umum yang menyeluruh. Di ujung lain adalah model afiliasi yang lebih longgar di mana kegiatan akademik universitas, praktik dokter sekolah medis dan operasional mengajar di rumah sakit masing-masing dilakukan oleh pemimpin yang berbeda dan diatur oleh dewan yang berbeda (Barrett, 2008). Di bawah model ini, integrasi lebih fungsional daripada struktural dengan bagian-

bagian berbeda dari AHC yang secara entitas hukum berbeda tetapi mereka memiliki persamaan perencanaan strategis.



Gambar 1 Lima model organisasi AHC. Model paling kiri menggambarkan model yang paling kurang terintegrasi dan model yang paling kanan menggambarkan model yang paling terintegrasi. Masing-masing model diberikan contohnya masing-masing

Kerangka kerja konseptual ini dikembangkan oleh beberapa penulis yang menguraikan tipologi rinci hubungan antara sekolah kedokteran dan "perusahaan klinis". Misalnya, satu makalah AS menawarkan delapan model organisasi kepada pemimpin sekolah medis dan memberikan panduan tentang manfaat dan kelemahan masing-masing dalam mengelola hubungan antara dokter, rumah sakit dan bagian lain dari persalinan klinis (Weiner et al., 2001). Selain itu, Lebih banyak jurnal yang menggambarkan studi kasus yang terperinci tentang struktur individu atau pasangan AHC, dan bagaimana struktur tersebut telah beradaptasi dan berubah dari waktu ke waktu, misalnya Pizzo (2008). Singkatnya, salah satu pelajaran utama dari literatur ini adalah bahwa jenis model yang

ada di institusi tertentu mencerminkan kombinasi sejarah, politik dan ekonomi (Wartman, 2008).

c. Peran *Academic Health Center*

Blue Ridge Academic Health Group (2000) berpendapat bahwa kehadiran AHC memiliki peran untuk meningkatkan kesehatan masyarakat mereka dan masyarakat yang lebih luas lagi di wilayah mereka berada. Dalam melaksanakan upaya ini, AHC memiliki kemampuan dan peran yang membedakan mereka dari institusi lain dalam sistem pelayanan kesehatan. Kemampuan khusus ini terletak di bidang penelitian biomedik, pendidikan profesional kesehatan, penyediaan layanan medis teknologi langka dan tinggi, dan inovasi berkelanjutan dalam perawatan pasien. Selain itu, banyak AHC yang memainkan peran utama dalam merawat pasien miskin dan tidak ber asuransi di komunitas mereka. Peran dan kemampuan khas AHC sering disebut sebagai "misi sosial" mereka.

AHC memainkan peran penting dalam lingkungan sosial kemasyarakatan, berikut beberapa misi yang dimiliki dijalankan AHC yang berhubungan dengan kepentingan publik:

- 1) AHC melakukan hampir 30 persen dari semua penelitian dan pengembangan perawatan kesehatan di Amerika Serikat dan

lebih dari 50 persen penelitian didukung oleh National Institutes of Health (NIH).

- 2) AHC mendidik sebagian besar siswa kedokteran di US dan hampir setengah residen dan dokter magang.
- 3) AHCs menyediakan sejumlah besar layanan khusus dan pelayanan yang mahal (seperti penanganan luka bakar, transplantasi, dan perawatan trauma).
- 4) AHCs memainkan peran utama sebagai lembaga jaring pengaman (*safety net*) yang merawat orang miskin dan tidak ber asuransi pasien di komunitas mereka.
- 5) AHCs merupakan organisasi yang cocok untuk melakukan penelitian klinis yang memungkinkan inovasi dalam perawatan klinis (Blumenthal, 2005).

Pardes (1997) mengungkapkan manfaat AHC secara ekonomi dengan penghematan yang berhasil dilakukan oleh karena kontribusi AHC. Contoh keberhasilan itu diantaranya: Biaya tahunan untuk pengobatan polio jika vaksin belum ditemukan adalah sekitar \$30 Milyar per tahun. Pengobatan potassium sitrat untuk mencegah rekurensi batu ginjal, mampu menghemat sekitar \$400-870 juta per tahun. Penemuan

helicobacter (*H. pylori*) menghemat \$600-800 juta per tahun untuk mengobati penyakit ulkus lambung.

## 2. *Academic Health Center dan Population Health*

Berwick et al. (2008) mempublikasikan artikel membahas tentang reformasi untuk memperbaiki sistem pelayanan kesehatan di Amerika Serikat. Artikel tersebut banyak menarik perhatian berbagai pihak karena ide tentang *triple aim* (tiga tujuan) yang dilontarkan Berwick et al (2008). Tiga tujuan tersebut adalah: memperbaiki proses pelayanan kesehatan; meningkatkan kesehatan populasi; dan menurunkan biaya kesehatan per kapita. Dengan adanya tiga tujuan tersebut, para pembuat kebijakan menargetkan untuk meningkatkan usaha dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk memperbaiki dan menjaga kesehatan seseorang dimana setiap orang memiliki tanggung jawab untuk menjaga kesehatan mereka. Dalam paradigma ini, kinerja pada hasil-hasil kunci akan menunjukkan hasil yang terbaik ketika tidak hanya indikator kualitas tradisional yang digunakan tetapi juga usaha pencegahan dan determinan non-medis lainnya dari kesehatan pasien dioptimalkan (Gourevitch, 2014).

Penyediaan pelayanan kesehatan secara tradisional berfokus pada perawatan untuk individu. Untuk AHC, hal ini merupakan kerangka penting bagi mahasiswa kedokteran dan pendidikan

pascasarjana, perawatan klinis, dan organisasi penelitian. Sebaliknya, populasi, bukan individu, adalah hal yang prioritas untuk pejabat kesehatan masyarakat dan ahli kebijakan kesehatan, yang biasanya mendefinisikan populasi berdasarkan lokasi perumahan atau karakteristik umum seperti ras, etnis, jenis kelamin, usia, bahasa utama yang diucapkan, atau status penyakit. Terdapat perbedaan tentang konsep populasi, di satu sisi populasi di terjemahkan sebagai agregat individu yang menerima perawatan dari sistem pelayanan kesehatan dan di sisi lain sebagai total populasi di wilayah geografis atau dengan karakteristik tertentu yang terlepas dari faktor mereka terlibat dalam menerima perawatan, hal ini mencerminkan perbedaan dari bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat yang sudah dimulai sejak awal 1900-an (White and Connelly, 1991). 1 Sekolah kedokteran berfokus pada perawatan untuk individu pasien, mendidik dokter, dan mendefinisikan mekanisme patofisiologi, sementara sekolah kesehatan masyarakat mengambil pendekatan sistem untuk meningkatkan kesehatan, melatih praktisi kesehatan masyarakat, dan mendefinisikan determinan sosial dan determinan lingkungan kesehatan (Gourevitch, 2014).

Dalam beberapa tahun terakhir, semakin banyak peneliti, pendidik, dan ahli kebijakan berpendapat untuk melakukan integrasi

yang lebih besar dari pendekatan kesehatan individu dan masyarakat untuk memajukan kesehatan (Institute of Medicine, 2012). Istilah *population health* (kesehatan populasi), sebagaimana yang ditetapkan oleh Kindig and Stoddart (2003), meliputi "Hasil kesehatan dari sekelompok individu." Kepedulian terhadap kesehatan individu bersifat implisit dalam konsep ini, tetapi lebih menitikberatkan dan menetapkan aktivitas intervensi untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dalam suatu subkelompok, dimana subkelompok tersebut dapat didefinisikan oleh ras, status sosial ekonomi atau geografi. Subkelompok itulah yang menjadi fokus utamanya (Booske et al., 2010).

Perbedaan antara kesehatan populasi dan kesehatan masyarakat secara garis besar adalah, kesehatan populasi berkaitan dengan mengukur dan mengoptimalkan kesehatan kelompok, dan dengan demikian mencakup berbagai faktor determinan kesehatan, termasuk pemberian layanan kesehatan, sedangkan kesehatan masyarakat lebih memperhatikan hal-hal yang mempengaruhi kesehatan, dan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kesehatan, yang sebagian besar ada di luar sistem perawatan kesehatan individu. Kesehatan populasi telah berkembang pesat sebagai kerangka kerja yang mencakup dan

mengintegrasikan kegiatan sektor perawatan kesehatan sebagai salah satu penentu signifikan dari hasil kesehatan di antara kelompok orang.

Kehadiran kerangka kerja kesehatan populasi sangat terasa efeknya di saat Berwick et al. (2008) merumuskan *triple aim* sebagai tujuan sistem kesehatan di AS dan dimasukkan ke dalam undang-undang *Affordable Care Act* (ACA) dan konsep pelayanan yang bertanggung jawab.

*Triple aim* mendefinisikan tiga tujuan yang saling terkait dan bersamaan untuk pemberian layanan kesehatan: meningkatkan perawatan bagi individu, meningkatkan kesehatan populasi, dan mengurangi biaya kesehatan per kapita. Dalam kerangka kerja ini, sistem yang bertanggung jawab, apakah jaringan pengiriman, perusahaan asuransi besar, atau entitas lain, harus menyeimbangkan perhatian terhadap ketiga sasaran tersebut sehingga hasil yang optimal dapat di capai baik di dalam maupun di antara wilayah. Perhatian untuk mencegah penyebab utama morbiditas dan mortalitas, seperti obesitas, merokok, aktivitas fisik, dan kekerasan, merupakan harapan sistem induk. Karena menanggulangi penyebab penyakit “hulu” ini paling baik dilakukan upaya bersama-sama dengan sektor lain, seperti kesehatan masyarakat, pendidikan, perumahan, dan transportasi, fokus populasi dari *triple aim* sangat sejalan dengan konsep populasi

kesehatan yang lebih luas. Dalam prakteknya, bagaimanapun, kesehatan penduduk di bawah ACA sering diambil pada konotasi yang lebih klinis di mana populasi didefinisikan sebagai sekelompok orang yang menerima perawatan kesehatan dari sistem atau praktik tertentu, daripada lebih luas seperti, misalnya, kesehatan orang di suatu wilayah geografis (Hacker and Walker, 2013).

### 3. *Academic Health Center* dan pembiayaan kesehatan

Untuk dapat belaku adil terhadap misi mereka dan memposisikan diri mereka sendiri untuk meningkatkan penyelarasan pemberian layanan kesehatan dan tujuan kesehatan masyarakat yang dihadapi, AHC harus menjadi pemimpin dalam merangkul dan mewujudkan visi kesehatan populasi yang terbaik. Dalam prakteknya, melakukan hal itu berarti menemukan “titik temu” yang selalu berubah yang paling baik mengatur manajemen sistem pelayanan harian dengan total sasaran kesehatan populasi, yang mencerminkan target dan insentif keuangan dan kinerja yang terus berkembang (Gourevitch, 2014). Banyak titik penyelarasan yang ada antara misi klinis AHC dan tujuan AHC untuk meningkatkan kesehatan populasi. Memang, ada variasi luas dalam hal dimana AHC mengadopsi fokus populasi, yang mencerminkan cakupan regional, pengaturan perkotaan atau pedesaan, pusat rujukan atau orientasi masyarakat, dan

pembayar campuran, di antara faktor-faktor lainnya. Dalam struktur pembayaran, jaringan catatan kesehatan elektronik dan harapan masyarakat tentang manfaat kesehatan yang diterima berevolusi, bagaimanapun, keselarasan antara sistem pelayanan dan tujuan kesehatan populasi akan menjadi semakin luas (Gourevitch, 2014).

Ketika mekanisme pembiayaan kesehatan berevolusi ke arah asumsi risiko yang lebih besar oleh sistem pelayanan kesehatan untuk episode-episode perawatan dan populasi yang ditentukan, nilai strategi yang dapat mengurangi penggunaan pelayanan perawatan akut yang mahal akan meningkat. Sebagai contoh, dalam paradigma *fee for service* (biaya-untuk-layanan), akan menjadi sebuah kasus bisnis yang menantang untuk menginvestasikan sumber daya organisasi yang langka untuk memitigasi pemicu asma bahkan dalam lingkup komunitas pun di mana sistem pelayanan di akses oleh banyak pasien. Tetapi prioritas akan bergeser ketika ada peningkatan risiko keuangan yang terlibat. Ketika ada sebuah organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab memiliki penetrasi regional yang luas, investasi sistem pelayanan dalam bidang pencegahan akan lebih luas dan lebih mudah jika dibandingkan dengan sistem pelayanan sebuah rumah sakit di kota besar yang hanya memperhatikan sebagian kecil populasi keseluruhan. Tetapi bahkan di pusat kota yang padat,

ada strategi yang muncul yang menjembatani batas-batas tradisional (Bazinsky et al., 2012). AHC, banyak yang memiliki kedalaman dalam bidang pencegahan dan penelitian layanan kesehatan, diposisikan secara unik untuk memodelkan potensi dampak keuangan dari suatu intervensi khusus yang melampaui orang-orang yang telah menyediakan pelayanan kesehatan, dan memimpin dalam melaksanakan dan mengevaluasi intervensi yang menjembatani kesenjangan ini (Gourevitch, 2014).

Momentum terus tumbuh untuk memperluas pelayanan kesehatan di luar kunjungan ke ruang periksa dokter yang terpisah dan mulai mengarah ke dalam kehidupan sehari-hari pasien, yang mencerminkan langkah menuju manajemen diri dan perawatan yang berpusat pada pasien, indikasi awal menunjukkan hal yang menjanjikan terhadap dampak pada hasil pelayanan dan biaya kesehatan (Handley et al., 2008). Mengintegrasikan pelatih kesehatan, pasien navigator, dan petugas kesehatan masyarakat ke dalam rumah yang memiliki pelayanan yang berpusat pada pasien dapat menghasilkan perawatan yang didistribusikan secara berkelanjutan yang disesuaikan dengan tingkat kebutuhan pasien, sementara mendorong kepatuhan pengobatan, perubahan perilaku, dan keterlibatan dalam perawatan kesehatan mental atau penyalahgunaan

zat terlarang. Untuk intervensi yang kuat, atau bahkan lemah namun tidak mahal, investasi dalam kapasitas masyarakat untuk memperluas spektrum perawatan pasti akan memberikan manfaat penting pada tingkat populasi (Gourevitch, 2014).

Potensi yang luar biasa ada untuk AHC untuk meningkatkan efisiensi, kualitas, dan nilai pelayanan yang mereka berikan dengan mengintegrasikan proses analisis dan proses rekayasa lebih dalam ke dalam operasional AHC (Nelson et al., 2011). Contoh bervariasi dari penerapan teori antrian untuk meningkatkan keluaran IGD, hingga mengurangi potensi interaksi obat yang berbahaya dengan memverifikasi daftar obat-obatan elektronik terhadap yang dikonsumsi oleh pasien melalui portal berbasis web (Wiler et al., 2013, Schnipper et al., 2012). Memang, memanfaatkan beragam data yang dihasilkan dalam proses pelayanan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kinerja secara terus-menerus — mentransformasi menjadi “sistem kesehatan yang pembelajar”- muncul sebagai tujuan vital untuk sistem pelayanan yang lebih besar (Institute of Medicine, 2012). Keterkaitan regional antara sistem pelayanan dengan teknologi informasi kesehatan (HIT) jaringan, atau pertukaran informasi kesehatan, menawarkan alat baru untuk mengidentifikasi tren yang muncul dan menargetkan subkelompok yang mungkin

mendapat manfaat dari intervensi yang disesuaikan. Hasil yang dilaporkan pasien, yang dikumpulkan baik secara aktif (misalnya, FluNearYou) atau pasif (misalnya, Kesehatan Propeller) dan dikumpulkan secara kreatif, dapat menawarkan tambahan, alat yang dapat ditindaklanjuti untuk sistem pelayanan yang ingin mengoptimalkan hasil pada tingkatan populasi.

#### 4. Fakultas Kedokteran dan tantangan Academic Health Center

Di tengah arus reformasi yang sedang terjadi dalam sistem kesehatan nasional, AHC memiliki peran vital untuk menjembatani proses reformasi tersebut menuju *triple aim* yang diharapkan dapat terwujud. Fakultas kedokteran sebagai bagian dari AHC juga memiliki peran vital dalam organisasi internal AHC. Meskipun kesehatan dan pemberian perawatan kesehatan yang efektif sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, perilaku, dan lingkungan, perhatian terhadap determinan inti ini secara luas kurang dirasakan dalam pendidikan kedokteran.

Ada pengakuan yang berkembang tentang pentingnya mendidik siswa terhadap pengaruh "non-medis" dalam kesehatan dan pemberian pelayanan kesehatan. The Institute of Medicine telah menekankan perlunya pendidikan yang lebih dalam dalam ilmu sosial dan perilaku. The Association of American Medical Colleges (AAMC)

mengumumkan perbaikan yang signifikan dari Tes Masuk Universitas Kedokteran untuk menekankan pengetahuan dalam domain ini. Kesepakatan kooperatif antara AAMC dan Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) bertujuan untuk mengintegrasikan pendidikan dalam konten inti publik dan kesehatan populasi ke dalam kurikulum sekolah kedokteran. Dan program baru di beberapa sekolah kedokteran berusaha untuk mendidik siswa dalam ilmu penyediaan perawatan kesehatan, termasuk kualitas dan keamanan dalam pelayanan kesehatan (Ogrinc et al., 2011). Namun meskipun paparan terhadap ilmu epidemiologi dan biostatistik sudah mulai meluas, pendidikan tetap terpecah-pecah dan hanya memberikan sedikit ruang untuk bidang-bidang seperti ekonomi dan kebijakan kesehatan, pemberian pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, komunitas dan kesehatan global, dan etika medis (Maeshiro, 2008). Upaya untuk memperluas pendidikan di bidang ini harus selaras dengan tren untuk memadatkan durasi pendidikan praklinis dan, dalam beberapa kasus, sekolah kedokteran itu sendiri. Sekolah kedokteran harus mendefinisikan "kanon" yang terus berkembang dalam kesehatan populasi yang akan memastikan kemampuan pemimpin dan pemimpin masa depan mereka untuk memahami serta memanfaatkan konteks di mana keterampilan

klinis mereka diterapkan (White and Connelly, 1991, Finkelstein et al., 2008, Kaprielian et al., 2013).

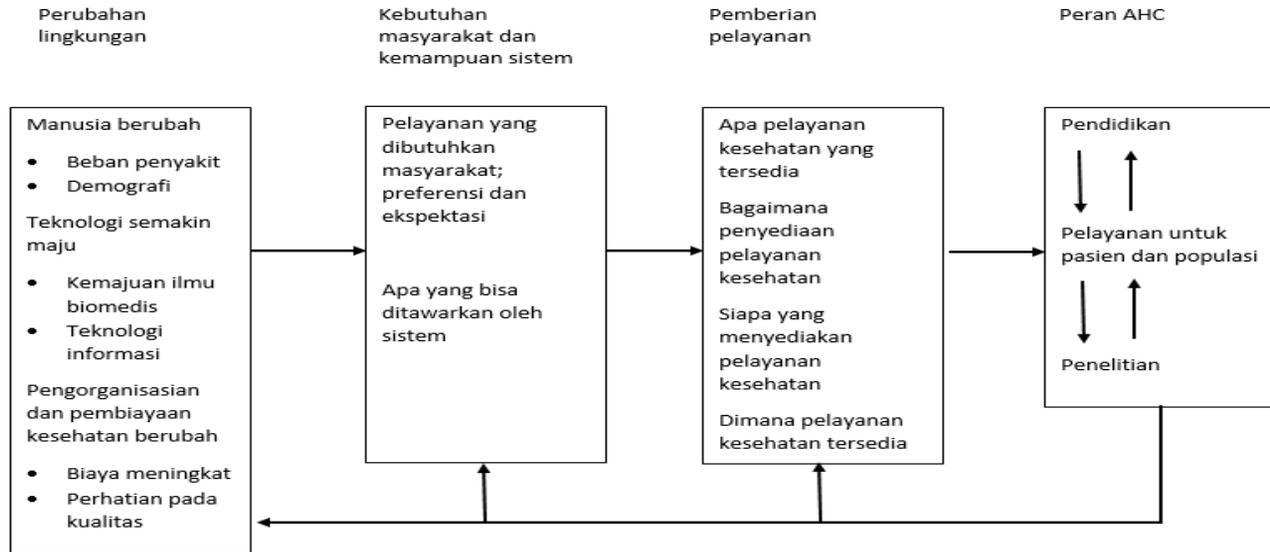
Dorongan selama beberapa dekade untuk menumbuhkan minat dalam perawatan primer di kalangan mahasiswa kedokteran baru-baru ini memperoleh momentum, didorong sebagian oleh permintaan yang diantisipasi sebagai akses yang lebih besar terhadap pelayanan kesehatan dari ACA (Schwartz, 2012). Peluang berharga ada untuk menyelaraskan upaya sekolah kedokteran untuk meningkatkan minat dalam perawatan primer dengan inisiatif untuk memperluas pendidikan di bidang kesehatan populasi (Shomaker, 2011). Jika paradigma sistem pelayanan yang baru seperti rumah medis dan perawatan yang bertanggung jawab akan berhasil, para pemimpin masa depan harus menjembatani klinik dan masyarakat dalam mengelola perawatan dan mengoptimalkan promosi dan pencegahan kesehatan (Stine and Chokshi, 2012). Melibatkan mahasiswa hari ini pada situasi perawatan primer dan kesehatan populasi, adalah fokus yang dikatakan oleh beberapa sekolah kedokteran yang lebih baru dan jalur baru di tempat lain (brown university, 2013), memajukan agenda ini sambil memberikan kesempatan yang kaya untuk pembelajaran berdasarkan pengalaman. Pelatihan pascasarjana dapat memajukan perawatan berbasis nilai dengan mendukung sumber daya

pelayanan, misalnya dengan melatih dokter dalam inisiatif “*choosing wisely*”, sebuah inisiatif yang diluncurkan oleh American Board of Internal Medicine (Cassel dan Guest, 2012).

## B. Keaslian Penelitian

Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
Vika Habsari Budi Utami, Arlina Dewi, Ekorini Listiowati	Analisis Peran Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (FKIK UMY) Terhadap Persiapan Sumber Daya Manusia Dengan Konsep Academic Health Center (AHC)	Kualitatif	Peran FKIK UMY sudah sampai pada tahap penyusunan payung hukum dan berkoordinasi dengan MPKU dan rumah sakit pendidikan untuk mewujudkan konsep AHC	Penelitian penulis memiliki lokasi penelitian yang berbeda dengan penelitian ini, yaitu di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar
Yanita Dikaningrum, Ekorini Listiowati, Arlina Dewi	Analisis Kesiapan RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai Rumah Sakit Pendidikan dengan Konsep Academic Health Center	Kualitatif	RS PKU Muhammadiyah sudah memiliki kesiapan sebagai rumah sakit pendidikan yang terakreditasi B.	Penelitian penulis mengambil fokus pada Fakultas Kedokteran, sedangkan penelitian ini adalah fokus penelitian nya adalah rumah sakit.
David Korn	Reengineering Academic Medical Centers: Reengineering Academic Values?	Literatur review	Jika ingin mempertahankan nilai-nilai akademik pada AMC, diperlukan struktur yang lebih adaptif yang dapat mengakomodir situasi eksternal AMC	Negara tempat penelitian penulis adalah di Indonesia, sedangkan penelitian ini melakukan penelitian nya di Amerika Serikat.

## C. Kerangka Teori

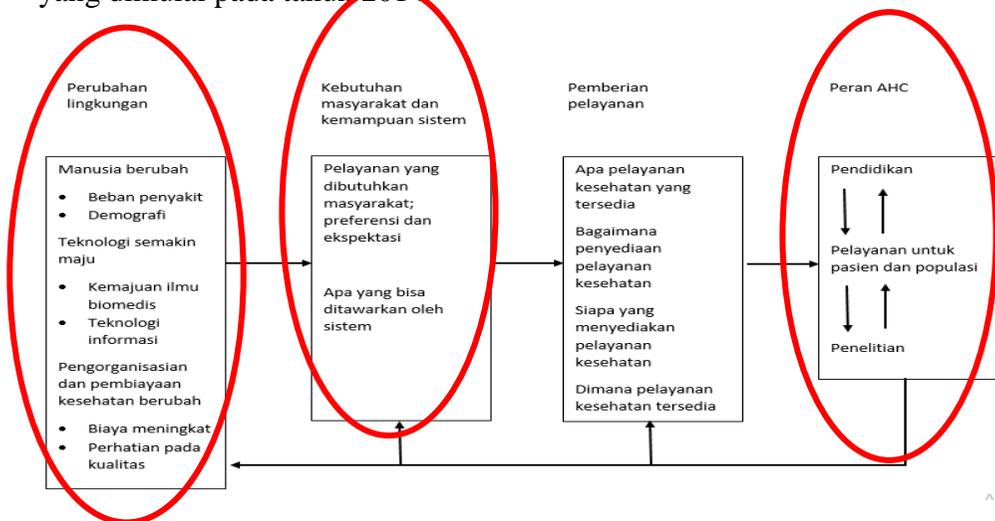


Kerangka teori diatas adalah bagan perubahan peran AHC di masa sekarang (Institute of Medicine, 2004). Kerangka teori ini menggambarkan perlu pembaharuan peran AHC untuk dapat merespon perkembangan yang terjadi di luar organisasi AHC. Kerangka teori ini mengelompokkan situasi di luar organisasi AHC kedalam tiga kelompok: (1) perubahan lingkungan (*enviromtent*), dimana terjadi perubahan pada manusia dari segi beban penyakit dan demogrfi kependudukan, perkembangan teknologi yang semakin maju baik pada penelitian biomedis dan teknologi informasi, dan perubahan pada pengorganisasian dan pembiayaan kesehatan pada suatu sistem kesehatan; (2) kebutuhan masyarakat pada bidang kesehatan dan apa yang bisa diberikan oleh sistem kesehatan; (3) perubahan pemberian pelayanan kesehatan, dimana terjadi perubahan terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia, bagaimana proses pemberian pelayanan kesehatan, siapa yang memberikan pelayanan kesehatan dan dimana pelayanan kesehatan itu diberikan.

#### **D. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep pada penelitian ini akan membahas 3 bagian dari kerangka teori di atas. Tiga bagian tersebut adalah peran AHC, pengaruh AHC terhadap perubahan lingkungan, dan pengaruh AHC terhadap kebutuhan masyarakat dan kemampuan sistem kesehatan. Kerangka teori di atas mengambil konteks di Amerika Serikat, sedangkan pada kerangka

konsep ini kita akan mengaitkannya dengan situasi yang terjadi di Indonesia dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014



**Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep penelitian tersebut, pertanyaan penelitian yang ingin dijawab pada penelitian ini antara lain:

1. Bagaimana persepsi dosen tentang peran AHC dalam mengatasi perubahan pola penyakit yang diakibatkan perubahan demografi penduduk Indonesia?
2. Bagaimana persepsi dosen tentang peran AHC dalam menggunakan dan memajukan teknologi informasi dalam bidang kesehatan?
3. Bagaimana persepsi dosen tentang peran AHC dalam mengatasi pembiayaan kesehatan yang meningkat?

4. Bagaimana persepsi dosen tentang peran AHC dalam menyediakan kebutuhan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan ekspektasi dan preferensi masyarakat?