



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Telemedicine*

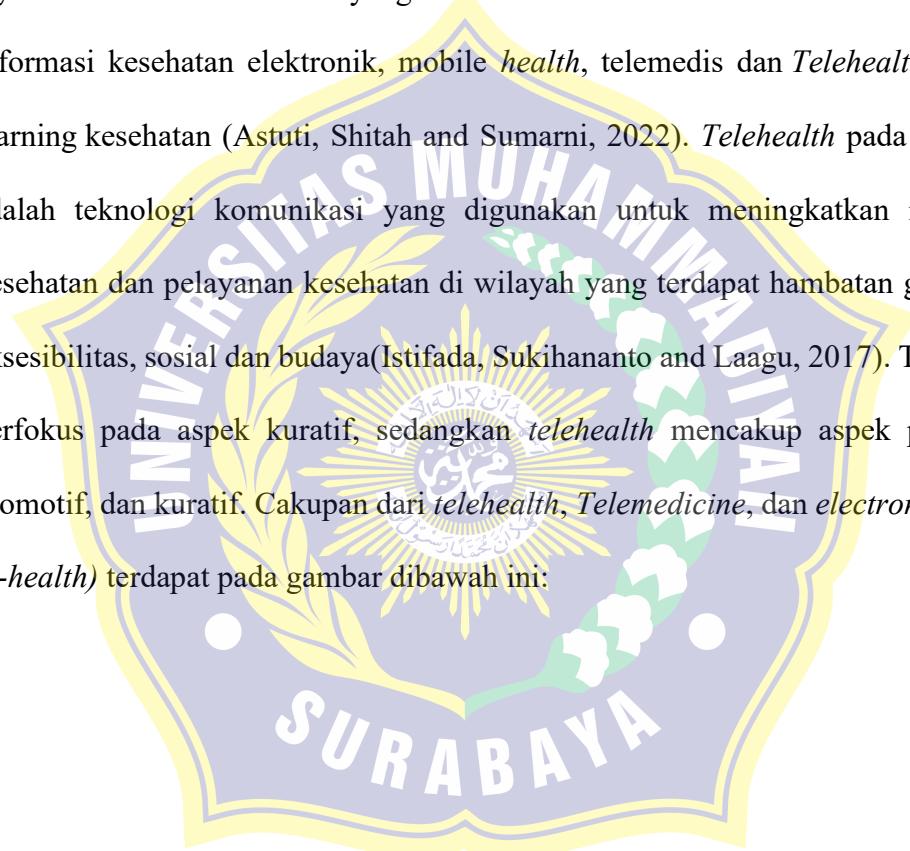
2.1.1 Definisi *Telemedicine*

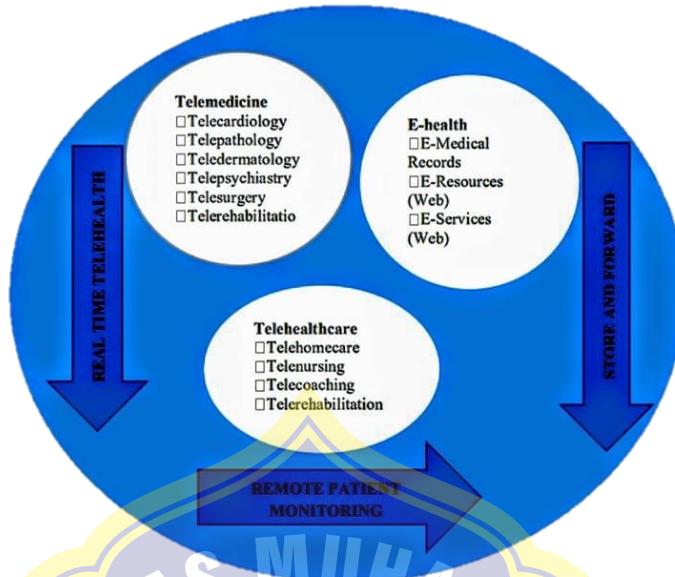
Secara umum dapat dikatakan bahwa *Telemedicine* adalah pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi bersama dengan pengetahuan kedokteran untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada semua orang, mulai dari konsultasi, diagnosis, hingga prosedur medis tanpa batasan. dilakukan secara jarak jauh atau tidak bertatap muka. Sarana komunikasi yang digunakan adalah pesan, telepon, video call, website atau sarana komunikasi canggih lainnya. Komunikasi dapat terjadi antara dokter dengan pasien atau tenaga kesehatan (Bakhtiar, 2022). Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan aplikasi *Telemedicine* Indonesia atau yang disebut dengan TEMENIN. TEMENIN merupakan salah satu aplikasi telemedis yang diterapkan di Indonesia. Tujuan dari TEMENIN sebagai upaya untuk selalu meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia (Riyanto, 2021).

Meskipun penggunaan telemedis masih tergolong baru di Indonesia, namun sudah banyak digunakan oleh masyarakat. Di Indonesia sudah terdapat pedoman pelaksanaan *Telemedicine* yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yaitu Keputusan Menteri Kesehatan no. 74 tahun 2020 tentang kewenangan klinis dan kegiatan medis telemedis di seluruh Indonesia pada masa pandemi (Andrianto, 2021). Banyak masyarakat yang menggunakan layanan telemedis untuk manajemen pengobatan, perawatan kesehatan, pemantauan pasien, konsultasi jarak

jauh, dan kunjungan tindak lanjut. Namun telemedis tidak dapat menggantikan konsultasi fisik, sehingga pasien tetap memerlukan kunjungan pemeriksaan langsung pada perawatan pertama (Arlina, 2022).

Telemedis dan *Telehealth* adalah bagian dalam pengenalan layanan *e-health*. *e-health* adalah istilah luas dan didefinisikan penggunaan sumber daya elektronik atau teknologi digital untuk menyampaikan informasi, sumber daya, dan layanan terkait kesehatan. yang termasuk dalam *e-health* adalah mencakup informasi kesehatan elektronik, mobile *health*, telemedis dan *Telehealth*, dan e-learning kesehatan (Astuti, Shitah and Sumarni, 2022). *Telehealth* pada dasarnya adalah teknologi komunikasi yang digunakan untuk meningkatkan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan di wilayah yang terdapat hambatan geografis, aksesibilitas, sosial dan budaya(Istifada, Sukihananto and Laagu, 2017). Telemedis berfokus pada aspek kuratif, sedangkan *telehealth* mencakup aspek preventif, promotif, dan kuratif. Cakupan dari *telehealth*, *Telemedicine*, dan *electronic health* (*e-health*) terdapat pada gambar dibawah ini:





Gambar 2. 1 cangkupan *telehealth*
(Astuti, Shitah and Sumarni, 2022)

2.1.2 Jenis *Telemedicine*

Jenis pelaksanaan *Telemedicine* dibedakan menjadi 2 jenis yaitu *asynchronous (store-and-forward)* dan *synchronous (real time)*:

1. Secara langsung / real time (*synchronous*)

Telemedis *real time (synchronous Telemedicine)* bisa sesederhana menggunakan telefon atau lebih kompleks daripada menggunakan robot bedah. Telemedis *synchronous* memerlukan kehadiran kedua belah pihak secara bersamaan, sehingga perlu adanya media komunikasi antara kedua pihak yang dapat memberikan komunikasi secara real-time sehingga pihak lainnya dapat memberikan layanan kesehatan. Bentuk lain dari *Telemedicine synchronous* adalah penggunaan peralatan kesehatan yang terhubung dengan komputer sehingga pemeriksaan kesehatan dapat dilakukan secara interaktif. Contoh penggunaan teknologi ini adalah teleotoskop, yang memungkinkan dokter memeriksa

pendengaran pasien dari jarak jauh. Contoh lainnya adalah telestetoskop, yang memungkinkan dokter mendengarkan detak jantung pasien dari jarak jauh (Ikatan Dokter Indonesia (IDI), 2018).

Konsep pelayanan *synchronous* dengan menggunakan *video conference* adalah dimana pasien mengkomunikasikan permasalahannya kepada dokter. Pasien berkomunikasi langsung dengan dokter mengenai masalahnya dan kemudian menerima *feedback* langsung dari dokter. Bentuk telemedis *real-time* ini cocok untuk digunakan dalam situasi yang sangat mendesak atau krisis. Misalnya, ketika terjadi cedera yang mengancam jiwa, konsultasi jarak jauh secara *real-time* atau telemedis *synchronous* memiliki peran yang lebih penting daripada telemedis *asynchronous* (Andrianto and Athira, 2022).

2. Secara tidak langsung/*store-and-forward (asynchronous)*

Telemedicine asynchronous melibatkan pengumpulan data medis dan mengirimkannya ke dokter pada waktu yang tepat untuk ditinjau secara *offline*. Telemedis jenis ini tidak memerlukan kehadiran kedua belah pihak secara bersamaan. Dermatologis, ahli radiologi, dan ahli patologi adalah spesialis yang biasanya menggunakan teknologi telemedis asinkron (Ikatan Dokter Indonesia (IDI), 2018). pasien dan perawat berkomunikasi melalui email. Pasien mendiskusikan masalah atau hasil laboratorium dengan perawat (Andrianto and Athira, 2022).

2.1.3 Kelebihan *Telemedicine*

Telemedis menjadi paradigma baru dalam pelayanan kesehatan. Telemedis memungkinkan layanan menjadi standar baru yang meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan, layanan berkualitas, layanan efisien, menjamin keamanan, dan

penyedia layanan kesehatan. *Telemedicine* menawarkan banyak keuntungan dalam penerapannya sebagai berikut (Watson, 2020).

1. Kenyamanan dan kemudahan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Pasien tidak perlu melakukan perjalanan jauh untuk pergi ke klinik dan menunggu di ruang tunggu. Namun, pasien bisa tetap nyaman di rumah. Kunjungan virtual ke fasilitas kesehatan memberikan kemudahan karena dapat digunakan untuk menjadwal ulang pelayanan kesehatan pasien. Boxer dan Ellimootil menjelaskan bahwa telemedis memberikan manfaat nyata bagi masyarakat yang kurang terlayani karena hambatan jarak, biaya, dan waktu (Boxer and Ellimoottil, 2019).

2. Sebagai pengendalian penyakit menular.

pada pandemi COVID-19, telemedis mempunyai potensi positif dalam membantu mencegah penyebaran infeksi COVID-19 selain penyakit menular lainnya. Pelayanan kesehatan telemedis secara tidak langsung berguna dalam skrining pasien menular. Selain itu, telemedis juga mencegah orang lain terpapar virus atau bakteri, terutama pada populasi yang berisiko tinggi tertular, seperti penderita penyakit kronis, pasien lanjut usia, dan ibu hamil (Mutisari *et al.*, 2020).

3. Penilaian yang lebih baik dan pengobatan tepat waktu.

Dokter spesialis memperoleh manfaat dari telemedis. Tenaga kesehatan profesional dapat mengidentifikasi tanda-tanda, memantau dan menilai kemampuan pasien dalam menavigasi dan merawat dirinya sendiri di rumah. Selain itu, telemedis mungkin merupakan cara terbaik untuk penilaian dan

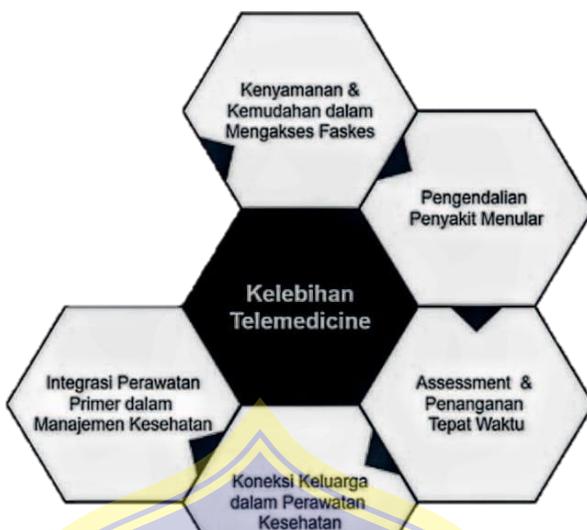
konseling, terutama untuk pekerjaan kesehatan mental. Telemedis dapat menjadi alat yang efektif dalam perawatan yang kompleks antara spesialis (psikologi, laporan medis, pemantauan laboratorium, pengisian ulang obat dan komunikasi antar fasilitas kesehatan dan dokter spesialis) (Mutisari *et al.*, 2020).

4. Koneksi keluarga dalam perawatan kesehatan.

Telemedis membantu dalam meningkatkan keterlibatan pasien, keluarga, dan petugas kesehatan dalam layanan konsultasi. Anggota keluarga dapat memberikan informasi terkait pasien, mengajukan pertanyaan terkait kesehatan pasien, mendukung dan mencatat permasalahan penting terkait pelayanan kesehatan pasien. Selain itu *Telemedicine* mempunyai jangkauan yang sangat luas, anggota keluarga dapat berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan secara virtual. Peran keluarga dalam layanan telemedis adalah membantu pasien mendiskusikan perawatan lebih lanjut untuk mencapai kesehatan pasien (Hwei and Octavius, 2021).

5. Integrasi perawatan primer dalam manajemen kondisi kronis.

Telemedis memfasilitasi pemantauan pasien di fasilitas kesehatan oleh dokter atau perawat untuk meminimalkan intervensi rumah sakit, menjaga kewaspadaan dan mengurangi kematian. Selain itu, pengenalan layanan telemedis bagi pasien yang menerima perawatan lanjutan untuk komplikasi ringan dapat meningkatkan kepuasan hingga 100% dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Boxer and Ellimoottil, 2019).



Gambar 2. 2 kelebihan *Telemedicine*
(Arlina, 2022)

2.1.4 Kelemahan *Telemedicine*

Hambatan dalam penerapan telemedis dalam pelayanan kesehatan meliputi beban penyakit, kemiskinan masyarakat, biaya konektivitas, dan rendahnya keterampilan teknologi atau komputer. Menurut pengguna (pasien) dan penyedia (tenaga kesehatan), kelemahan telemedis dalam menunjang pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tenaga kesehatan kesulitan untuk mengetahui diagnosis yang benar, karena pasien belum diperiksa secara fisik dan tidak mengetahui cara menerapkan keterampilan langsung. Selain itu, dokter memiliki pengalaman klinis yang lebih banyak dalam menganalisis keluhan dan kekhawatiran pasien, sehingga tidak mudah bagi dokter untuk menegakkan diagnosis tanpa bertemu langsung dengan pasien (Mutisari *et al.*, 2020)

2. Penerapan telemedis memerlukan penggantian kebijakan dan perundangan undangan pelayanan kesehatan yang lebih kompleks dan bertanggung jawab, terutama mengenai privasi data pasien, kerahasiaan pasien, dan keamanan sistem (Mutisari *et al.*, 2020).
3. Kurangnya pengetahuan dan pelatihan penerapan telemedis bagi petugas kesehatan menjadi kendala optimalisasi pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hal ini dikarenakan layanan telemedis memerlukan keterampilan yang baik dalam mengumpulkan informasi, menggunakan informasi *implisit* dan *eksplisit* untuk mengidentifikasi kebutuhan pengobatan, dan menerjemahkan informasi kesehatan ke dalam bahasa yang dapat dipahami pasien (Mutisari *et al.*, 2020).
4. Kebanyakan pasien belum mengetahui bahwa telemedis dapat menjadi pilihan untuk meningkatkan kesehatannya, karena tidak mengetahui cara memanfaatkannya. Salah satu populasi dengan kemampuan teknologi terbatas adalah pasien lanjut usia (Portnoy, Waller and Elliott, 2020).
5. Transformasi layanan kesehatan melalui telemedis memerlukan perangkat teknologi dan akses internet yang mendukung komunikasi berbasis video. Namun, masyarakat dengan pendapatan rendah dan kemampuan bahasa serta pendidikan terbatas akan lebih memilih layanan suara. Hal ini menghambat tenaga kesehatan dalam menentukan status kesehatan pasien. (Mutisari *et al.*, 2020).
6. Berkurangnya kontak tenaga kesehatan dan pasien mengenai kontak. Layanan telehealth sering kali membuat pasien merasa seperti tidak dilihat, didengarkan, atau diperiksa secara menyeluruh (Mutisari *et al.*, 2020)

7. Pelayanan telemedis semakin tidak efektif jika teknologi tidak mendukung dan komunikasi lemah. Hal ini mempengaruhi keakuratan penilaian dalam diagnosis dan penentuan perawatan pasien (Hwei dan Octavius, 2021).
8. Pengenalan telemedis menimbulkan kekhawatiran tentang penyalahgunaan terkait informasi, persetujuan dan prosedur pengobatan yang tepat, kriteria kontrol bagi tenaga kesehatan pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan (Hwei dan Octavius, 2021).



Gambar 2. 3 Kelemahan *Telemedicine*
(Arlina, 2022)

2.1.5 Pemanfaatan *Telemedicine*

Telemedicine adalah pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi bersama dengan pengetahuan kedokteran untuk memberikan pelayanan kesehatan

kepada semua orang, mulai dari konsultasi, diagnosis, hingga prosedur medis tanpa batasan. dilakukan secara jarak jauh atau tidak bertatap muka. Sarana komunikasi yang digunakan adalah pesan, telepon, video call, website atau sarana komunikasi canggih lainnya. Komunikasi dapat terjadi antara dokter dengan pasien atau tenaga kesehatan (Bakhtiar, 2022).

Penelitian di AS menemukan bahwa telemedis membantu mengurangi penggunaan sumber daya di fasilitas kesehatan melalui penyediaan layanan yang tidak memerlukan banyak interaksi langsung antara pasien dan penyedia layanan (Indra, 2022). Selain itu, telemedis telah terbukti bermanfaat dalam memberikan perawatan non-darurat dan/atau rutin, seperti pemantauan penyakit kronis tidak menular (Monaghesh and Hajizadeh, 2020). Telemedis meningkatkan keterlibatan pasien dan manajemen mandiri keterampilan, dan kepatuhan kebiasaan gaya hidup sehat dengan memungkinkan pasien berkomunikasi dan berinteraksi secara virtual dengan dokternya dengan mudah dan terus menerus (Bouabida, Lebouché and Pomey, 2022). Selain itu, hal ini juga membantu mengatasi permasalahan hampir total kapasitas rumah sakit karena hanya pasien dengan gejala sedang atau berat yang dirawat di rumah sakit (Lestari and Dolih, 2021).

Pemanfaatan layanan kesehatan merupakan alat ukur penting untuk mengevaluasi seberapa mudah diakses dan efektifnya suatu sistem kesehatan. Untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan ini, berbagai teori telah dikembangkan dan diterapkan dalam berbagai penelitian, seperti *Technology Acceptance Model* (TAM), Model SERVQUAL dan Model Andersen.

Technology Acceptance Model (TAM) adalah kerangka kerja yang diperkenalkan oleh Davis pada tahun 1989 yang menguraikan bagaimana individu menerima dan memanfaatkan teknologi. Model ini berfokus pada dua elemen kunci: *perceived usefulness* (manfaat yang dirasakan) dan *perceived ease of use* (kemudahan penggunaan). TAM sering diterapkan dalam penelitian mengenai integrasi teknologi informasi dalam layanan kesehatan, termasuk sistem rekam medis elektronik, aplikasi kesehatan, dan layanan telehealth.

Model SERVQUAL adalah salah satu model yang paling banyak digunakan untuk mengukur kualitas layanan, termasuk dalam pelayanan kesehatan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, model SERVQUAL membantu rumah sakit, klinik, atau penyedia layanan kesehatan lainnya dalam menilai dan meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien. Lima Dimensi Kualitas Layanan dalam Model SERVQUAL yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*.

Sementara itu, Model Andersen atau Andersen Behavioral Model of Health Services Use dikembangkan pertama kali pada tahun 1968 oleh Ronald Andersen. Model ini dirancang khusus untuk menganalisis perilaku individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Menurut Andersen, pemanfaatan pelayanan kesehatan dinyatakan dalam tiga faktor penentu yang mempengaruhi akses setiap orang terhadap pelayanan kesehatan, yaitu karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristic*), karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristic*), dan karakteristik kebutuhan (*Need Characteristic*) (Maulidah and Handayani, 2021).

Dalam studi ini, Model Andersen dianggap lebih tepat daripada *Technology Acceptance Model* (TAM) dan SERVQUAL. Hal ini disebabkan karena fokus

penelitian tidak berkaitan dengan penerimaan teknologi kesehatan dan kepuasan pelayanan kesehatan, melainkan untuk memahami secara menyeluruh determinan yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh individu atau kelompok masyarakat. Model Andersen menawarkan kerangka kerja yang luas untuk mengkaji bagaimana karakteristik pribadi, ketersediaan sumber daya, dan kebutuhan kesehatan berinteraksi dan memengaruhi tingkat penggunaan layanan. Oleh karena itu, model ini dipilih sebagai landasan teori penelitian.

Menurut Andersen, pemanfaatan pelayanan kesehatan dinyatakan dalam tiga faktor penentu yang mempengaruhi akses setiap orang terhadap pelayanan kesehatan, yaitu karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristic*), karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristic*), dan karakteristik kebutuhan (*Need Characteristic*) (Maulidah and Handayani, 2021).

1. Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Predisposing Characteristic menggambarkan fakta bahwa setiap orang memiliki kecenderungan untuk menggunakan layanan kesehatan yang berbeda (Rini, 2015), di antaranya:

a. Faktor Demografi (*Demographic*)

Faktor demografi ini memberikan gambaran bahwa individu/masyarakat mempunyai pendekatan yang berbeda terhadap kesehatan. layanan yang digunakan dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin dan status perkawinan orang tersebut (Arlina, 2022).

b. Faktor Struktur Sosial (*Social Structure*)

Faktor struktur sosial adalah faktor yang menggambarkan gaya hidup seseorang/masyarakat yang berkorelasi dengan penggunaan pelayanan

kesehatan, antara lain latar belakang suku, pekerjaan, tingkat pendidikan, dan budaya (Arlina, 2022).

c. Faktor Kepercayaan (*Belief*)

Faktor kepercayaan adalah cara pandang terhadap suatu objek yang mempengaruhi perilaku seseorang/masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan, faktor kepercayaan ini meliputi perasaan percaya terhadap kesembuhan suatu penyakit; sikap dan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan yang diberikan; informasi mengenai masalah kesehatan, penyakit dan pelayanan kesehatan (Arlina, 2022).

2. Karakteristik Kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Enabling Characteristic menjelaskan bahwa meskipun seseorang cenderung menggunakan layanan kesehatan, mereka tidak mulai akses terhadap layanan tersebut kecuali mereka mampu memperolehnya (Rini, 2015). Karakteristik ini meliputi

a. Sumber Daya Keluarga

Sumber daya keluarga mencakup pendapatan keluarga, kemampuan membeli layanan dan pengetahuan tentang informasi kesehatan yang diperlukan serta partisipasi dalam asuransi kesehatan (Arlina, 2022).

b. Sumber Daya Masyarakat

Sumber daya masyarakat meliputi ketersediaan pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, biaya yang dikeluarkan dan ketersediaan pelayanan kesehatan (Arlina, 2022).

3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*)

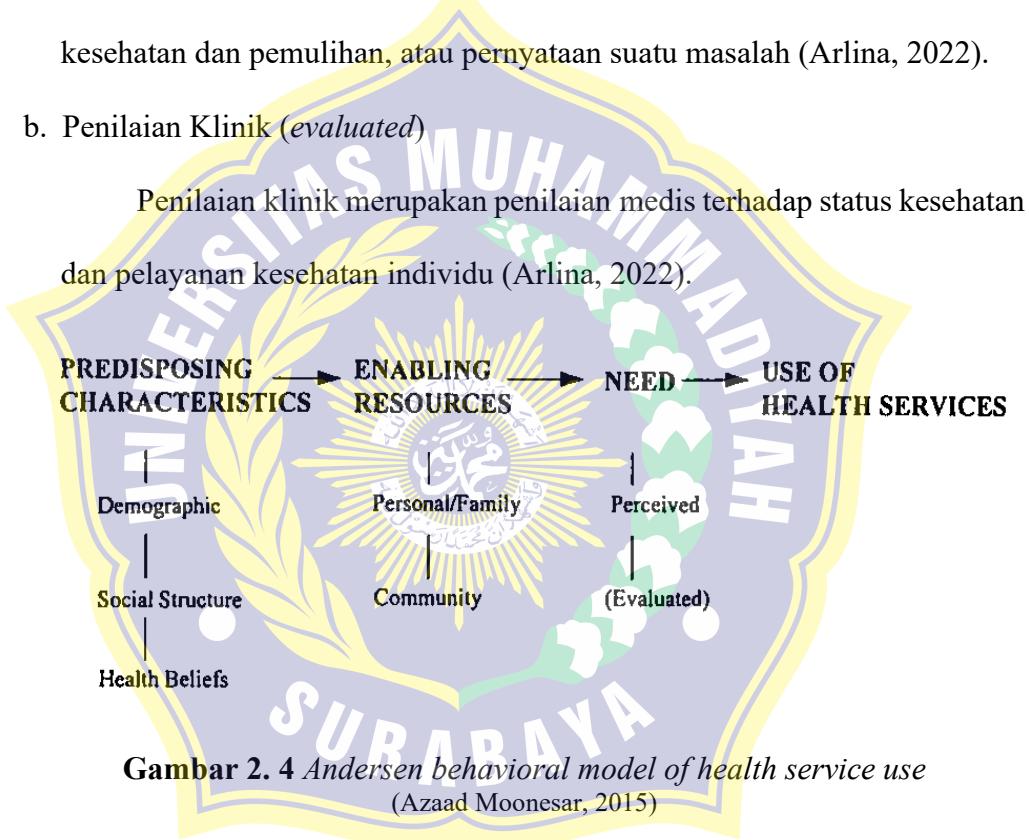
Need Characteristic adalah suatu komponen yang paling berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sakit mewakili kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penilaian penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan (Rini, 2015).

a. Penilaian Individu (*Perceived*)

Penilaian individu adalah bagaimana individu/masyarakat memandang gejala penyakit, tingkat rasa sakit dan kekhawatiran terhadap kesehatan dan pemulihan, atau pernyataan suatu masalah (Arlina, 2022).

b. Penilaian Klinik (*evaluated*)

Penilaian klinik merupakan penilaian medis terhadap status kesehatan dan pelayanan kesehatan individu (Arlina, 2022).



Pada penelitian teori andersen yang diteliti adalah *Predisposing Characteristic* (kepercayaan), *Enabling Characteristic* (ketersediaan tenaga kerja, aksesibilitas, dan pelayanan kesehatan), dan *Need Characteristic* (persepsi sakit) karena setiap kategori mencakup berbagai faktor yang dapat disesuaikan dengan situasi dan karakteristik spesifik kelompok yang diteliti. Dalam penelitian ini,

kelompok sasaran adalah mahasiswa, yang umumnya memiliki karakteristik demografis yang serupa, terutama terkait usia dan latar belakang ekonomi. Mayoritas usia mahasiswa berada dalam rentang usia muda dan tidak memiliki penghasilan tetap atau tidak mandiri secara finansial.

2.1.6 Dampak *Telemedicine*

Dampak pelayanan kesehatan melalui telemedis adalah telemedis juga dapat memberikan nilai uang dengan mengurangi beban kerja petugas layanan kesehatan, mengurangi waktu tunggu dan perjalanan, mengurangi perawatan tatap muka yang tidak perlu, memperpendek durasi konsultasi, dan biaya satuan yang lebih rendah dibandingkan perawatan tatap muka. Responden menganggap bahwa layanan telemedis dapat meningkatkan akses, kualitas, ketepatan waktu, koordinasi dan kesinambungan layanan (Oliveira, 2020).

Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan pertukaran pengetahuan dan mendorong pembelajaran di antara petugas kesehatan dan pasien, memungkinkan model perawatan yang lebih baik untuk pasien kronis multi morbid, dan mencegah penggunaan rumah sakit yang mahal dan tidak dapat dihindari. Akibatnya, mereka meningkatkan hasil pasien dan menghemat sumber daya yang akan digunakan untuk layanan yang tidak diperlukan. Hal ini dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas dengan mengurangi waktu perjalanan penyedia layanan dan memungkinkan volume konsultasi yang lebih besar (Oliveira, 2020).

Meskipun telemedis menjanjikan untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, penerapannya masih tidak konsisten karena beberapa alasan. Hal ini mencakup penggantian biaya yang tidak memadai, hambatan perizinan, tidak adanya infrastruktur yang memadai, dan penolakan terhadap penerapan

perubahan. Ada juga dampak negatif dari *Telemedicine*. Salah satunya adalah tenaga medis harus membuat diagnosis tanpa dapat melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dan, dalam kasus tertentu, bahkan tanpa menemui pasien. Hal ini dapat membahayakan keselamatan pasien. Penelitian lainnya terhadap *Telemedicine* berpendapat bahwa hal ini dapat berdampak buruk terhadap kelangsungan layanan, dan bahwa interaksi online bersifat impersonal dan bahkan mengasingkan (Haimi, 2023).

2.2 Mahasiswa

Layanan kesehatan *Telemedicine* ini dapat digunakan oleh berbagai kelompok umur termasuk anak muda atau pelajar. Selama masa studi, mahasiswa bisa sangat sensitif terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh tekanan psikologis atau gaya hidup. Generasi muda masa kini merupakan generasi yang lahir di era teknologi digital dan sangat mampu menerapkan sarana komunikasi virtual. Banyak pelajar kini beralih ke layanan kesehatan online karena kemudahan akses informasi. Perkembangan teknologi kesehatan digital tidak dapat dipisahkan dari ketiga (Jannah *et al.*, 2021).

2.3 Universitas Muhammadiyah Surabaya

Universitas Muhammadiyah Surabaya (Kampus sejuta inovasi) merupakan salah satu perguruan tinggi swasta di bawah naungan amal usaha Muhammadiyah Jawa Timur. Terletak di Jalan Raya Sutorejo No.59, Dukuh Sutorejo, Kec. Mulyorejo, Kota Surabaya. Universitas Muhammadiyah Surabaya didirikan pada tanggal 9 Maret 1984. Universitas Muhammadiyah Surabaya pada awalnya adalah

terdiri atas beberapa lembaga pendidikan tinggi yang sudah ada. Lembaga-lembaga tersebut adalah Fakultas Ilmu Agama Jurusan Da'wah (FIAD) yang berdiri sejak 15 September 1964, Fakultas Tarbiyah Surabaya berdiri tahun 1975, IKIP Muhammadiyah Surabaya berdiri tahun 1980, Fakultas Syari'ah Surabaya berdiri tahun 1982, dan Institut Teknologi Muhammadiyah Surabaya berdiri tahun 1983 (Akademik, 2022).

Pada tahun akademik 2023/2024 terdapat jurusan 9 fakultas di Universitas Muhammadiyah Surabaya. Adapun rincian fakultas yang ada di Universitas Muhammadiyah Surabaya adalah sebagaimana berikut: Fakultas Agama Islam, Fakultas Ekonomi dan Bisnis (FEB), Fakultas Hukum (FH), Fakultas Psikologi (FPsi), Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi (FKG), Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan (FKIP), Fakultas Ilmu Kesehatan (FIK), Fakultas Teknik (Akademik, 2022).

