



FUTURE SCIENCE



EKONOMI KESEHATAN

Editor : dr. Yoseph Leonardo Samodra, M.P.H., Ph.D.

Wahyu Pudji Nugraheni, Rosyidah
Arisandi, Indri Setyawati
Noor Alis Setiyadi, Noor Latifah Amin
Emma Rachmawati, Yuyun Umniyatun
Loso Judijanto, Yuliana Muslimin

Bunga Rampai

Ekonomi Kesehatan

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Ekonomi Kesehatan

Penulis :

Wahyu Pudji Nugraheni
Rosyidah
Arisandi
Indri Setyawati
Noor Alis Setiyadi
Noor Latifah Amin
Emma Rachmawati
Yuyun Umniyatun
Loso Judijanto
Yuliana Muslimin

Editor:

dr. Yoseph Leonardo Samodra, M.P.H., Ph.D.



EKONOMI KESEHATAN

Penulis:

**Wahyu Pudji Nugraheni
Rosyidah
Arisandi
Indri Setyawati
Noor Alis Setiyadi
Noor Latifah Amin
Emma Rachmawati
Yuyun Ummiyatun
Loso Judijanto
Yuliana Muslimin**

Editor: dr. Yoseph Leonardo Samodra, M.P.H., Ph.D.

Desain Cover: Nada Kurnia, S.I.Kom.

Tata Letak: Samuel, S.Kom.

Halaman: A5 Unesco (15,5 x 23 cm)

Ukuran: xii, 189

e-ISBN: 978-623-8665-59-4

p-ISBN: 978-623-8665-60-0

Terbit Pada: September 2024

Hak Cipta 2024, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2024 by Future Science Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

**PENERBIT FUTURE SCIENCE
(CV. FUTURE SCIENCE)
Anggota IAKPI (348/JTI/2022)**

Jl. Terusan Surabaya Gang 1 A No. 71 RT 002 RW 005, Kel. Sumbersari, Kec. Lowokwaru, Kota Malang, Provinsi Jawa Timur.
www.futuresciencepress.com

KATA PENGANTAR

Buku Ekonomi Kesehatan ini bertujuan untuk membuka wawasan pembaca mengenai berbagai aspek ekonomi kesehatan, mulai dari kebijakan, asuransi, hingga peran ekonom dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Buku ini dirancang untuk memberikan gambaran menyeluruh tentang bagaimana kebijakan ekonomi dapat mempengaruhi kesehatan publik dan bagaimana berbagai elemen ini berinteraksi dalam konteks nasional dan global.

Berikut ini adalah garis besar tiap bab dalam buku ini:

1. **Kebijakan Ekonomi Kesehatan di Indonesia** - Bab ini akan mengenalkan pembaca pada kebijakan ekonomi kesehatan secara umum, memberikan konteks untuk diskusi lebih mendalam di bab-bab berikutnya.
2. **Perkembangan Asuransi Kesehatan** - Bab ini akan membahas sejarah dan perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia, termasuk peran dan pengaruhnya dalam sistem kesehatan nasional.
3. **Layanan Kesehatan Swadaya** - Bab ini akan menggali opsi layanan kesehatan yang dilakukan secara mandiri oleh masyarakat, termasuk model-model yang berasal dari inisiatif masyarakat.
4. **Asuransi Kesehatan di Masa Pasca Pandemi COVID-19** - Bab ini akan mengeksplorasi dampak pandemi pada sektor asuransi kesehatan dan bagaimana sektor ini beradaptasi dengan kebutuhan baru dan tantangan pascapandemi.
5. **Penyakit dan Masalah Kesehatan Akibat Kemiskinan** - Bab ini akan membahas hubungan antara kemiskinan dan masalah kesehatan, dengan fokus pada bagaimana kebijakan kesehatan dapat mengatasi masalah ini.

6. **Produktivitas dan Kesehatan** - Bab ini akan mengevaluasi bagaimana kesehatan mempengaruhi produktivitas kerja dan dampak ekonomi dari masalah kesehatan pada produktivitas nasional.
7. **Perencanaan Program Kesehatan** - Bab ini akan menguraikan strategi dalam merencanakan program-program kesehatan yang efektif, termasuk pendekatan terhadap pengalokasian sumber daya dan penetapan prioritas.
8. **Anggaran Sektor Kesehatan** - Bab ini akan memfokuskan pada penganggaran untuk sektor kesehatan, meliputi sumber pendanaan, alokasi, dan pengelolaan keuangan dalam sektor kesehatan.
9. **Evaluasi Program Kesehatan** - Bab ini akan membahas metodologi dan praktik terbaik dalam evaluasi efektivitas program kesehatan, termasuk indikator dan kriteria yang digunakan.
10. **Peran Ekonom Terhadap Kesehatan** - Bab penutup ini akan mengeksplorasi bagaimana ekonom dapat berkontribusi pada sektor kesehatan, baik dalam perancangan kebijakan maupun dalam evaluasi dan pengembangan program kesehatan.

Susunan bab ini dirancang untuk membawa pembaca melalui pengenalan umum ke dalam spesifikasi yang lebih detail, dengan setiap bab membangun pemahaman tentang bab sebelumnya, memberikan alur yang koheren dan informatif. Semoga sistem kesehatan di Indonesia bisa makin baik dengan pemahaman yang mendalam dan komprehensif tentang dinamika kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia.

Taipei, 9 Agustus 2024

Editor

Yoseph Leonardo Samodra

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN DI INDONESIA	1
Wahyu Pudji Nugraheni.....	1
PENDAHULUAN	1
Tujuan Penulisan.....	3
GAMBARAN UMUM KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA.....	4
Sejarah dan Perkembangan	4
Struktur Sistem Kesehatan	6
KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN: KONSEP DAN TEORI	8
TEORI EKONOMI KESEHATAN	9
KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN DI INDONESIA.....	13
Pembiayaan Kesehatan Dan Sumber Pendanaan	13
Distribusi Sumber Daya Kesehatan.....	14
KEBIJAKAN KESEHATAN YANG SAATINI DITERAPKAN DI INDONESIA	15
KESIMPULAN.....	20
BAB 2 PERKEMBANGAN ASURANSI KESEHATAN	27
Rosyidah	27
PENDAHULUAN	27

ASURANSI KESEHATAN DAN PERKEMBANGANYA DI ERA UNIVERSAL HEALTH COVERAGE	29
KESIMPULAN	34
BAB 3 LAYANAN KESEHATAN SWADAYA	39
Arisandi.....	39
PENDAHULUAN	39
Pencegahan Penyakit.....	39
Perawatan Mandiri	41
Pengelolaan Kesehatan.....	43
Kesehatan Mental.....	45
Kesehatan Lingkungan.....	48
Pertolongan Pertama	49
KESIMPULAN	51
BAB 4 ASURANSI KESEHATAN DI MASA PASCA PANDEMI COVID-19	55
Indri Setyawati	55
PENDAHULUAN	55
KONTEKS PANDEMI COVID-19	56
PERUBAHAN DALAM PERMINTAAN ASURANSI KESEHATAN.....	59
PERUBAHAN POLA PENYAKIT YANG DITANGGUNG OLEH ASURANSI KESEHATAN.	62
PENYESUAIAN DALAM PENAWARAN ASURANSI KESEHATAN.....	63
DAMPAK EKONOMI DAN SOSIAL	66

BAB 5	Penyakit dan masalah kesehatan akibat kemiskinan.....	73
	Noor Alis Setiyadi.....	73
	PENDAHULUAN	73
	KONSEP KEMISKINAN DAN LATAR BELAKANGNYA.....	74
	Kemiskinan dan Keterkaitannya dengan Kesehatan	74
	Pengaruh Kemiskinan terhadap Akses Layanan Kesehatan	75
	Situasi Global Kemiskinan dan Kesehatan.....	75
	Situasi Indonesia tentang Kemiskinan dan Kesehatan.....	76
	Kemiskinan dan Dampaknya terhadap Kejadian Penyakit .	77
	MEKANISME HUBUNGAN KEMISKINAN DAN PENYAKIT	78
	Kemiskinan dan Malnutrisi	78
	Defisiensi Zat Besi, Yodium, dan Vitamin A di Negara Miskin	79
	Kesehatan Mental dan Kemiskinan	79
	Dampak Ekonomi Penyakit Akibat Kemiskinan	80
	KESIMPULAN.....	81
BAB 6	PRODUKTIVITAS DAN KESEHATAN.....	93
	Noor Latifah Amin.....	93
	PENDAHULUAN	93
	PRODUKTIVITAS.....	95
	KESEHATAN	100
	KESEHATAN DAN PRODUKTIVITAS.....	106

BAB 7 PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN	111
Emma Rachmawati	111
PENDAHULUAN	111
PERENCANAAN DAN ISU MASALAH KESEHATAN.....	113
PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN DAN ISU LINGKUNGAN SOSIAL/POLITIK.....	117
PROGRAM KESEHATAN DAN MODEL PERENCANAAN	119
KERANGKA KERJA KONSEPTUAL UNTUK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN	122
LANGKAH-LANGKAH POKOK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN	125
KESIMPULAN	127
PRAKTIK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN.....	128
BAB 8 ANGGARAN SEKTOR KESEHATAN	131
Yuyun Umniyatun.....	131
PENDAHULUAN	131
KONSEP ANGGARAN KESEHATAN	132
Definisi Anggaran Kesehatan.....	132
Besaran Anggaran Kesehatan.....	136
Lingkup Anggaran Kesehatan	139
KESIMPULAN	145

BAB 9 EVALUASI PROGRAM KESEHATAN	149
Loso Judijanto.....	149
PENDAHULUAN	149
TUJUAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN	150
Definisi Evaluasi Program Kesehatan	150
Tujuan Umum Evaluasi Program Kesehatan.....	151
Tujuan Khusus Evaluasi Program Kesehatan.....	151
Tujuan Evaluasi Kesehatan Berdasarkan Stakeholder.....	152
MANFAAT EVALUASI PROGRAM KESEHATAN	153
Manfaat bagi Pembut Kebijakan	153
Manfaat bagi Pelaksana Program	154
Manfaat bagi Masyarakat	155
Manfaat bagi Peneliti	156
INDIKATOR EVALUASI PROGRAM KESEHATAN..	156
Definisi dan Jenis Indikator.....	157
Indikator Kualitas.....	158
Indikator Kuantitatif dan Kualitatif	159
Pemilihan Indikator yang Relevan	160
PROSES EVALUASI PROGRAM KESEHATAN	161
Tahapan Proses Evaluasi	161
Metode dan Teknik Evaluasi.....	163
Pengumpulan Data	165
Analisis dan Interpretasi Data	166
Penyusunan Laporan Evaluasi	167
KESIMPULAN.....	169

BAB 10 PERAN EKONOMI TERHADAP KESEHATAN.....	173
Yuliana Muslimin	173
PENDAHULUAN	173
KONSEP DASAR EKONOMI DAN EKONOMI KESEHATAN.....	174
DEFINISI ILMU EKONOMI	174
DEFINISI ILMU EKONOMI KESEHATAN.....	175
KAJIAN EKONOMI KESEHATAN.....	175
FUNGSI EKONOMI KESEHATAN DAN UNSUR PENDUKUNGNYA	178
DEMAND, SUPPLY, DAN ELASTISITAS PERMINTAAN	179
DINAMIKA PERMINTAAN	180
ELASTISITAS PERMINTAAN DAN IMPLIKASINYA	181
PASAR LAYANAN KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	182
EVALUASI DAN INOVASI EKONOMI KESEHATAN	183
KESIMPULAN.....	185

BAB 1

KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN DI INDONESIA

Wahyu Pudji Nugraheni
Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi – BRIN, Cibinong
Email: wahy062@brin.go.id

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan di Indonesia, yang melibatkan kerjasama antara sektor publik dan swasta, telah mengalami transformasi signifikan selama beberapa dekade terakhir. Dipimpin oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan didukung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diluncurkan pada tahun 2014 sebagai upaya untuk menyediakan asuransi kesehatan universal, dibiayai oleh kontribusi dari pekerja, pengusaha, dan pemerintah (Nugraheni et al., 2018, 2023b).

Sistem ini mencakup berbagai fasilitas layanan kesehatan, dari Puskesmas hingga rumah sakit di berbagai daerah, serta klinik dan praktik pribadi dokter. Namun, sistem kesehatan ini menghadapi tantangan besar dalam hal kesenjangan akses dan kualitas layanan antara daerah perkotaan dan pedesaan, dengan daerah pedesaan sering kali kekurangan infrastruktur dan tenaga medis yang terampil (Agustina et al., 2019). Akses layanan kesehatan di perkotaan umumnya lebih baik dengan fasilitas dan tenaga medis yang lebih memadai, sementara di daerah pedesaan sering kali mengalami kekurangan infrastruktur dan tenaga medis yang terampil. Selain itu, kualitas layanan kesehatan juga bervariasi, dengan beberapa fasilitas yang telah mencapai standar tinggi, namun banyak yang masih membutuhkan perbaikan dalam standar pelayanan dan infrastruktur.

Indonesia menghadapi beban penyakit ganda: penyakit menular seperti tuberkulosis, malaria, dan HIV/AIDS, serta peningkatan penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung (Oktaria & Mahendradhata, 2022). Perubahan gaya hidup dan urbanisasi telah berkontribusi pada peningkatan prevalensi penyakit tidak menular (Goryakin et al., 2017). Selain itu, kesehatan ibu dan anak tetap menjadi perhatian utama, dengan upaya terus-menerus untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui berbagai program kesehatan masyarakat.

Meskipun sistem kesehatan Indonesia telah berkembang, masih terdapat tantangan signifikan seperti pembiayaan dan keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta perluasan infrastruktur dan peningkatan kualitas layanan kesehatan. Kesenjangan dalam akses dan kualitas layanan antara daerah perkotaan dan pedesaan membutuhkan strategi terkoordinasi untuk mengatasi beban penyakit ganda. Kebijakan ekonomi berperan penting dalam mendukung pembiayaan kesehatan dan distribusi sumber daya yang efisien, serta meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Kumar et al., 2011).

Kebijakan redistributif, seperti subsidi untuk kelompok berpenghasilan rendah atau program JKN, membuat akses ke layanan kesehatan lebih inklusif dan adil (Maeda et al., 2014). Investasi besar diperlukan untuk membangun infrastruktur kesehatan di daerah terpencil, memastikan ketersediaan fasilitas yang memadai (Bastian et al., 2017). Kebijakan ekonomi yang efektif juga meningkatkan efisiensi sistem kesehatan melalui manajemen keuangan yang baik, pembelian obat secara massal, dan pemanfaatan teknologi informasi. Strategi kebijakan ekonomi yang tepat sangat penting untuk memastikan pembiayaan berkelanjutan, mengurangi ketimpangan, dan

meningkatkan kualitas layanan kesehatan, sehingga mendukung sistem kesehatan yang kuat dan berkelanjutan.

Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan tentang kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia adalah untuk mengkaji dampaknya terhadap akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Tulisan ini bertujuan untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas kebijakan ini dalam menjamin akses yang setara untuk semua warga, tanpa diskriminasi berdasarkan status sosial atau ekonomi. Tinjauan ini juga menganalisis bagaimana kebijakan tersebut mengatasi disparitas dalam layanan kesehatan dan menciptakan sistem pembiayaan yang berkelanjutan. Fokus utama adalah mengurangi kesenjangan antara daerah perkotaan dan pedesaan, antara kelompok berpenghasilan tinggi dan rendah, memastikan distribusi sumber daya kesehatan yang lebih merata, dan membangun sistem pembiayaan yang mengurangi beban biaya kesehatan pada individu dan keluarga.

Selanjutnya, tinjauan ini juga mengevaluasi peningkatan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan yang dihasilkan dari kebijakan ekonomi kesehatan. Analisis ini mencakup pengaruh kebijakan pada standar pelayanan, pembangunan infrastruktur kesehatan, pengembangan tenaga kesehatan, dan implementasi teknologi informasi dalam manajemen kesehatan yang mendukung proses administrasi dan operasional yang lebih efektif dan efisien. Tujuan akhirnya adalah mendukung penciptaan sistem kesehatan yang efektif dan berbiaya rendah, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

GAMBARAN UMUM KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA

Sejarah dan Perkembangan

Kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia telah berkembang secara signifikan sepanjang berbagai era sejarah, menyesuaikan diri dengan kebutuhan dan kondisi yang berubah dari waktu ke waktu (Azis et al., 2010; Kurniawardhani, 2021). Berikut ini adalah garis besar dari perkembangan tersebut:

1. Era Kolonial (sebelum 1945)

Di masa penjajahan, kebijakan kesehatan terbatas dan berfokus pada kebutuhan kesehatan para pejabat kolonial dan tentara, dengan akses yang sangat terbatas bagi penduduk pribumi yang sebagian besar mengandalkan pengobatan tradisional.

2. Masa Awal Kemerdekaan (1945-1960)

Setelah kemerdekaan pada tahun 1945, pemerintah Indonesia mulai mengembangkan sistem kesehatan nasional. Langkah awal termasuk pendirian Kementerian Kesehatan dan fokus pada pembangunan infrastruktur kesehatan dasar serta peningkatan pelatihan tenaga medis.

3. Orde Lama

Di bawah kepemimpinan Presiden Soekarno, kesehatan menjadi bagian dari pembangunan nasional. Program-program seperti kampanye melawan penyakit menular dilaksanakan, meskipun terhambat oleh keterbatasan sumber daya dan ketidakstabilan politik.

4. Orde Baru

Era ini, di bawah Presiden Soeharto, menyaksikan ekspansi besar-besaran dalam sektor kesehatan. Inisiatif seperti pembangunan puskesmas, program Keluarga Berencana, dan Program Imunisasi Nasional diperkenalkan untuk memperluas akses dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

5. Reformasi dan Desentralisasi (1998 – sekarang)

Pasca-reformasi 1998 dan jatuhnya Orde Baru, kebijakan kesehatan mengalami perubahan signifikan sejalan dengan desentralisasi kekuasaan. Otonomi daerah memungkinkan pemerintah daerah untuk lebih menyesuaikan kebijakan kesehatan dengan kebutuhan lokal. Peningkatan alokasi anggaran kesehatan memfasilitasi pembangunan lebih banyak fasilitas kesehatan. Peluncuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014 merupakan tonggak penting, bertujuan untuk menyediakan asuransi kesehatan universal bagi seluruh warga negara Indonesia. Era reformasi ini juga ditandai oleh peningkatan signifikan dalam anggaran kesehatan yang memungkinkan pembangunan lebih banyak rumah sakit dan puskesmas serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan ketersediaan obat-obatan, mendukung program-program kesehatan masyarakat yang lebih efektif (Sapkota et al., 2023).

Tahun 2014 menandai tonggak bersejarah dengan peluncuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Nugraheni et al., 2021). JKN adalah skema asuransi kesehatan nasional yang bertujuan untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh warga negara Indonesia. Program ini bertujuan untuk menjamin bahwa setiap warga negara, tanpa memandang status ekonomi, memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang dibutuhkan, menciptakan sistem pembiayaan kesehatan yang didanai melalui kontribusi dari pekerja, pengusaha, dan pemerintah, sehingga mengurangi beban biaya langsung bagi individu dan Memperluas akses ke berbagai jenis layanan kesehatan, dari perawatan primer

hingga spesialisasi, dan meningkatkan standar pelayanan kesehatan.

Era modern juga melihat adopsi teknologi digital dalam sektor kesehatan, yang membawa perubahan signifikan dalam cara layanan kesehatan diberikan. Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi dalam manajemen kesehatan memungkinkan Memberikan akses layanan kesehatan jarak jauh, yang sangat penting bagi daerah terpencil,

Struktur Sistem Kesehatan

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur struktur dan organisasi sistem kesehatan di Indonesia yang terdiri dari beberapa komponen utama yang bekerja bersama untuk menyediakan layanan kesehatan kepada seluruh penduduk. Berikut ini adalah struktur organisasi sistem kesehatan di Indonesia beserta peran masing-masing:

1. Kementerian Kesehatan

Lembaga pemerintah pusat yang bertanggung jawab atas pengelolaan kebijakan kesehatan secara nasional, termasuk penyusunan regulasi, pengawasan fasilitas kesehatan, dan koordinasi program kesehatan nasional.

2. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota

Bertanggung jawab atas implementasi kebijakan kesehatan nasional di wilayah masing-masing, bekerja sama dengan pemerintah daerah untuk merencanakan dan melaksanakan program kesehatan sesuai kebutuhan lokal.

3. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan terdiri dari beberapa tingkatan. Di tingkat pertama, ada Puskesmas, yang menyediakan layanan kesehatan dasar seperti pemeriksaan umum, imunisasi, dan perawatan ibu serta anak. Puskesmas ini umumnya menjadi tempat pertama masyarakat mengakses layanan kesehatan.

Jika diperlukan perawatan lebih lanjut, pasien dapat dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). RSUD ini menawarkan layanan kesehatan tingkat menengah, termasuk rawat inap dan prosedur bedah. Untuk kasus yang lebih kompleks memerlukan spesialisasi, pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit Pusat (RSUP). RSUP ini adalah fasilitas kesehatan tingkat tertinggi yang menawarkan layanan spesialis dan subspesialis.

4. Sektor Swasta

Rumah sakit swasta, klinik, dan praktik dokter individu yang menyediakan alternatif bagi masyarakat yang mencari layanan kesehatan.

5. Profesional Kesehatan

Dokter, perawat, bidan, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya yang berperan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

6. Organisasi Non-Pemerintah dan Internasional

LSM dan organisasi internasional yang beroperasi di Indonesia, memberikan dukungan dalam bentuk program kesehatan, penyuluhan, dan bantuan teknis. Mereka sering bekerja sama dengan pemerintah untuk mengatasi isu-isu kesehatan tertentu, seperti penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, dan gizi.

Sistem kesehatan di Indonesia dirancang untuk menyediakan layanan yang komprehensif dan terintegrasi bagi seluruh penduduk, meskipun masih menghadapi tantangan seperti disparitas akses dan kualitas pelayanan antara daerah perkotaan dan pedesaan.

KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN: KONSEP DAN TEORI

Kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia melibatkan serangkaian tindakan untuk mengelola sumber daya ekonomi di sektor kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan keadilan dalam layanan kesehatan. Menurut WHO, ekonomi kesehatan mengukur sumber daya dan menilai dampak intervensi kesehatan terhadap produktivitas individu dan nasional, yang berkontribusi pada peningkatan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi (Turvey, 2022; World Health Organization, 2024). Berikut adalah elemen utama dari kebijakan ekonomi kesehatan:

1. Pembiayaan Kesehatan

Menentukan sumber dana dan pembagian biaya antara pemerintah, penyedia layanan, dan pasien.

2. Akses dan Ketersediaan Layanan Kesehatan

Memastikan distribusi yang merata dari fasilitas kesehatan dan keadilan dalam akses untuk semua kelompok masyarakat.

3. Efisiensi dan Efektivitas Layanan Kesehatan

Mengoptimalkan sumber daya dan menilai kinerja layanan kesehatan.

4. Regulasi dan Pengawasan

Menetapkan standar kualitas dan mengawasi praktik penyediaan layanan kesehatan dan industri farmasi.

5. Subsidi dan Incentif

Menyediakan subsidi dan incentif untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan.

6. Kebijakan Harga dan Pengendalian Biaya

Mengatur harga dan strategi untuk mengendalikan inflasi biaya kesehatan.

7. Penelitian dan Pengembangan
Mendukung R&D untuk inovasi dan peningkatan layanan, serta merumuskan kebijakan berbasis bukti.
8. Asuransi Kesehatan
Mengelola program asuransi kesehatan nasional dan mengatur mekanisme pembayaran.
9. Pendidikan dan Penyuluhan Kesehatan
Melaksanakan kampanye dan pendidikan untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perilaku sehat.
10. Kolaborasi dan Kemitraan
Memperkuat kerjasama publik-swasta dan internasional untuk meningkatkan layanan kesehatan.

TEORI EKONOMI KESEHATAN

Ekonomi kesehatan adalah cabang ilmu yang mengkaji alokasi sumber daya di sektor kesehatan, mencari efisiensi dalam penyediaan layanan, dan mengamati dampak kebijakan terhadap hasil kesehatan. Beberapa teori utama dalam ekonomi kesehatan adalah:

1. Teori Permintaan dan Penawaran dalam Kesehatan
Menurut Folland et al. (2024) dan Turvey (2022), konsep ini menguraikan cara harga dan jumlah layanan kesehatan ditentukan di pasar. Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan meliputi harga layanan, pendapatan individu, kesadaran kesehatan, ketersediaan asuransi, dan kebutuhan medis. Sementara itu, penawaran dipengaruhi oleh biaya produksi, ketersediaan tenaga medis, teknologi, dan regulasi pemerintah. Keseimbangan pasar tercapai ketika jumlah layanan kesehatan yang diminta setara dengan yang ditawarkan, dengan harga keseimbangan yang dipengaruhi oleh berbagai intervensi, seperti subsidi pemerintah atau regulasi harga. Tantangan utama dalam penerapan teori ini termasuk asimetri informasi, inelastisitas permintaan, dan

campur tangan pemerintah yang signifikan (Folland et al., 2024; Turvey, 2022). Dengan memahami teori permintaan dan penawaran dalam konteks kesehatan, kita dapat lebih baik memahami dinamika pasar kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi akses dan ketersediaan layanan kesehatan

2. Teori Efisiensi dan Efektivitas

Sebagai konsep kunci dalam ekonomi kesehatan yang dijelaskan oleh McPake et al. (2020), teori ini berfokus pada penggunaan sumber daya untuk mencapai hasil yang diinginkan. Efisiensi mengacu pada penggunaan sumber daya (tenaga kerja, uang, waktu, peralatan medis) secara maksimal untuk menghasilkan output kesehatan terbaik. Efektivitas berkaitan dengan seberapa jauh layanan kesehatan dapat mencapai hasil yang diinginkan, yaitu peningkatan kesehatan pasien atau populasi, menekankan pada kualitas dan hasil dari intervensi kesehatan (McPake et al., 2020).

3. Teori Utilitas dan Pilihan Konsumen

Teori utilitas dan pilihan konsumen merupakan konsep ekonomi yang membantu memahami bagaimana individu memutuskan konsumsi layanan kesehatan. Dalam ekonomi kesehatan, utilitas mengukur kepuasan atau manfaat yang diperoleh dari konsumsi layanan kesehatan, mencerminkan peningkatan kualitas hidup atau pengurangan risiko kesehatan. Fungsi utilitas menjelaskan hubungan antara konsumsi layanan kesehatan dan tingkat kepuasan yang diperoleh, menunjukkan bagaimana, misalnya, pemeriksaan rutin dapat meningkatkan kualitas hidup dengan mencegah penyakit serius. Utilitas marginal, atau tambahan kepuasan yang diperoleh dari konsumsi unit tambahan layanan

kesehatan, sering menurun seiring bertambahnya konsumsi. Hal ini menggambarkan bahwa kunjungan pertama ke dokter mungkin sangat bermanfaat, sedangkan manfaat kunjungan kesepuluh mungkin jauh lebih kecil, menggambarkan konsep penurunan utilitas marginal dalam konteks kesehatan.

4. Teori Asimetri Informasi

Teori Asimetri Informasi adalah konsep ekonomi yang menjelaskan situasi di mana salah satu pihak dalam transaksi memiliki lebih banyak atau lebih baik informasi dibandingkan pihak lain (Ullah et al., 2020). Ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan seleksi yang merugikan dan moral hazard, di mana pasien mungkin tidak dapat memahami atau menilai layanan yang mereka terima dengan baik, sementara penyedia layanan bisa memanfaatkan ketidaktahuan pasien untuk keuntungan finansial (Folland et al., 2024). Untuk mengatasi masalah ini, beberapa solusi telah diusulkan seperti peningkatan transparansi melalui publikasi data kinerja rumah sakit dan dokter, serta edukasi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kondisi kesehatan dan opsi pengobatan. Pasien juga didorong untuk mencari pendapat kedua untuk memastikan keakuratan diagnosis dan rencana pengobatan yang diberikan.

5. Teori Eksternalitas dalam Kesehatan

Teori Eksternalitas dalam Kesehatan menggambarkan bagaimana tindakan individu atau organisasi dalam sektor kesehatan dapat memiliki dampak positif atau negatif pada orang lain yang tidak terlibat secara langsung. Misalnya, vaksinasi membawa eksternalitas positif karena melindungi tidak hanya individu yang divaksinasi tetapi juga

masyarakat luas, sedangkan perilaku tidak sehat bisa menimbulkan eksternalitas negatif seperti penyebaran penyakit menular (Starc & Town, 2020).

Kebijakan untuk Mengatasi Eksternalitas dalam Kesehatan diantaranya adalah 1) **Regulasi dan Intervensi Pemerintah:** Pemerintah dapat memberlakukan regulasi untuk mengurangi eksternalitas negatif, seperti undang-undang lingkungan yang membatasi emisi polutan atau larangan merokok di tempat umum 2) **Subsidi dan Insentif:** Memberikan subsidi atau insentif untuk kegiatan yang menghasilkan eksternalitas positif, seperti vaksinasi gratis atau program edukasi kesehatan 3) **Pajak Pigovian:** Pengenaan pajak pada kegiatan yang menghasilkan eksternalitas negatif, seperti pajak karbon untuk emisi polutan atau cukai rokok untuk mengurangi konsumsi tembakau 4) **Kampanye Publik dan Edukasi:** Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang dampak dari perilaku tertentu dan mendorong praktik yang lebih sehat melalui kampanye publik dan program edukasi 5) **Penelitian dan pengembangan:** Mendukung penelitian dan pengembangan dalam bidang kesehatan untuk menghasilkan penemuan yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

6. Teori Ekuitas dalam Kesehatan

Teori Ekuitas dalam Kesehatan berfokus pada distribusi yang adil dan merata dari layanan kesehatan dan sumber daya, memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang sama ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan, tanpa bias terhadap status sosial ekonomi, lokasi, etnis, atau jenis kelamin. Ekuitas diartikan sebagai distribusi sumber daya atau layanan berdasarkan kebutuhan individu, sehingga semua orang memiliki kesempatan yang sama

untuk mencapai hasil yang sama. Ekualitas atau kesetaraan diartikan sebagai semua orang mendapatkan jumlah yang sama dari sumber daya atau layanan. Ini melibatkan penerapan ekuitas horizontal, di mana individu dengan kebutuhan yang sama mendapatkan layanan yang sama, dan ekuitas vertikal, di mana layanan disesuaikan dengan kebutuhan yang berbeda, untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal (Folland et al., 2024; Love-Koh et al., 2020).

KEBIJAKAN EKONOMI KESEHATAN DI INDONESIA

Pembiayaan Kesehatan Dan Sumber Pendanaan

Kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia dirancang untuk menjamin akses yang merata dan adil terhadap layanan kesehatan, meningkatkan kualitas layanan tersebut, serta menggunakan sumber daya yang ada secara optimal. Pendanaan untuk sektor kesehatan di Indonesia bersumber dari beberapa saluran, termasuk dana pemerintah, sektor swasta, dan kontribusi masyarakat.

Pertama, pemerintah pusat mengalokasikan anggaran melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), yang digunakan untuk berbagai program kesehatan nasional, pembangunan infrastruktur kesehatan, dan subsidi layanan kesehatan. Alokasi ini mencakup pembiayaan untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Dana Operasional Kesehatan, dan Dana Investasi untuk infrastruktur kesehatan.

Kedua, pemerintah daerah juga mendukung pendanaan kesehatan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Dana ini digunakan untuk menguatkan program kesehatan daerah, operasional fasilitas kesehatan, dan aktivitas promotif serta preventif di tingkat lokal, termasuk Program Kesehatan Daerah, Penguatan Fasilitas Kesehatan Daerah, dan pembayaran insentif untuk tenaga kesehatan.

Ketiga, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mengelola dana untuk sistem JKN, yang berasal dari iuran peserta dan subsidi pemerintah. Iuran ini dibayarkan oleh peserta JKN, yang mencakup pekerja penerima upah (PPU), pekerja bukan penerima upah (PBPU), peserta mandiri, serta peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dana subsidinya berasal dari kombinasi APBN dan APBD. Dengan sumber pendanaan yang beragam dan terstruktur ini, Indonesia berupaya memastikan bahwa seluruh penduduk dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau.

Distribusi Sumber Daya Kesehatan

Alokasi anggaran kesehatan di Indonesia adalah bagian dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) yang ditujukan untuk membiayai program dan kegiatan di sektor kesehatan. Alokasi anggaran ini mencakup berbagai aspek, seperti layanan kesehatan, program pencegahan penyakit, promosi kesehatan, pengadaan obat dan alat kesehatan, serta pembangunan infrastruktur kesehatan.

Komponen utama alokasi anggaran kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan meliputi : 1) Layanan Kesehatan Dasar: alokasi pada komponen ini dantaranya digunakan untuk Pengembangan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di berbagai daerah dan Penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak, serta program imunisasi. 2) Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit : alokasi pada komponen ini diantaranya digunakan untuk Program penanggulangan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis, dan HIV/AIDS dan Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi. 3) Pengadaan Obat dan Alat Kesehatan; alokasi pada komponen ini dantaranya digunakan untuk Penyediaan obat-obatan esensial dan alat kesehatan untuk fasilitas kesehatan dan Penguatan

sistem distribusi obat untuk memastikan ketersediaan di semua daerah 4) Promosi Kesehatan; alokasi pada komponen ini diantaranya digunakan untuk Kampanye edukasi kesehatan masyarakat tentang pola hidup sehat dan Program gizi masyarakat, termasuk penanggulangan masalah gizi buruk dan stunting 5) **Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan**; alokasi pada komponen ini diantaranya digunakan untuk Pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan bidan dan Penyediaan insentif untuk tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil 6) Pembangunan dan Peningkatan Infrastruktur Kesehatan; alokasi pada komponen ini diantaranya digunakan untuk Pembangunan dan renovasi rumah sakit, puskesmas, dan klinik dan Penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai di daerah-daerah terpencil dan perbatasan.

KEBIJAKAN KESEHATAN YANG SAAT INI DITERAPKAN DI INDONESIA

Analisis kebijakan kesehatan yang saat ini diterapkan di Indonesia mencakup berbagai aspek, mulai dari upaya pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan yang merata hingga penanganan masalah kesehatan yang kompleks seperti pandemi COVID-19. Berikut adalah analisis terhadap beberapa kebijakan utama:

a. Transformasi Sistem Kesehatan

Transformasi sistem kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2022, 2024) adalah proses perubahan mendasar dalam cara sistem kesehatan diorganisasikan, dikelola, dan disampaikan untuk meningkatkan kualitas, aksesibilitas, efisiensi, dan hasil kesehatan. Beberapa aspek utama dari transformasi sistem kesehatan adalah 1) **Digitalisasi dan Teknologi Informasi**: Implementasi teknologi digital seperti rekam medis elektronik, telemedicine, dan aplikasi

kesehatan yang meningkatkan akses dan efisiensi layanan kesehatan 2) **Pelayanan Terpadu**: Integrasi berbagai layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih holistik dan berkelanjutan, termasuk koordinasi antara layanan primer, sekunder, dan tersier 3) **Pendekatan Berbasis Nilai**: Fokus pada hasil kesehatan yang dicapai dan bukan hanya pada jumlah layanan yang diberikan, dengan penekanan pada perawatan yang efektif dan efisien 4) **Penguatan Sistem Pembiayaan**: Reformasi pembiayaan kesehatan untuk memastikan keberlanjutan dan pemerataan akses, termasuk penerapan model pembiayaan berbasis hasil 5) **Pemberdayaan Pasien**: Meningkatkan partisipasi dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka melalui edukasi dan akses informasi 6) **Pengembangan Tenaga Kesehatan**: Investasi dalam pelatihan dan pengembangan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kompetensi dan responsivitas terhadap kebutuhan pasien. 7) **Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan**: Penggunaan metode dan teknologi baru untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan, seperti pengobatan personalisasi dan penggunaan big data 8) **Fokus pada Pencegahan**: Meningkatkan upaya pencegahan penyakit melalui promosi kesehatan dan program imunisasi, yang dapat mengurangi beban penyakit jangka panjang.

Transformasi sistem kesehatan bertujuan untuk menciptakan sistem yang lebih responsif, berkelanjutan, dan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi kepada seluruh lapisan masyarakat.

b. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan bertujuan memberikan perlindungan

kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia melalui sistem asuransi kesehatan yang mandatori (Nugraheni et al., 2018, 2020). Keberhasilan JKN diantaranya JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, termasuk mereka yang kurang mampu dan Program ini telah mencakup lebih dari 220 juta peserta, yang merupakan pencapaian signifikan dalam menyediakan perlindungan kesehatan universal.

Selain keberhasilan, JKN juga memiliki tantangan diantaranya masalah defisit keuangan BPJS Kesehatan menjadi isu besar, mempengaruhi keberlanjutan program, masih terdapat ketidakmerataan akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil dan pelayanan di fasilitas kesehatan sering kali mengalami kendala administrasi dan birokrasi yang memperlambat proses klaim dan pembayaran (Nugraheni et al., 2021).

c. Pengendalian Pandemi COVID-19

Penanganan COVID-19 di Indonesia melalui berbagai kebijakan seperti Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), vaksinasi massal, dan kampanye protokol kesehatan. Keberhasilan penanganan Covid-19 di Indonesia diantaranya program vaksinasi yang masif telah mencapai jutaan orang, membantu mengurangi tingkat keparahan dan penularan virus dan Pemerintah berhasil mengimplementasikan PSBB dan PPKM (Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat) untuk mengendalikan penyebaran virus (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Tantangan pemerintah Indonesia dalam menangani COVID-19 diantaranya Distribusi vaksin yang tidak merata menyebabkan beberapa daerah tertinggal dalam program vaksinasi, Misinformasi dan hesitansi vaksin di masyarakat menghambat keberhasilan program vaksinasi dan Kebijakan

lockdown dan pembatasan sosial berdampak negatif pada ekonomi dan kesejahteraan masyarakat.

d. Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular

Kebijakan dalam Program pengendalian penyakit seperti tuberkulosis, HIV/AIDS, serta pencegahan penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi. Keberhasilan dalam kebijakan ini diantaranya adalah Upaya pengendalian TB melalui deteksi dini dan pengobatan yang lebih efisien telah menunjukkan penurunan angka kasus dan Program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular telah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola hidup sehat.

Tantangan dalam pengendalian penyakit menular dan tidak menular adalah Masih banyak daerah yang mengalami kekurangan fasilitas dan tenaga kesehatan untuk menangani penyakit menular, Penyakit tidak menular masih menjadi beban besar bagi sistem kesehatan akibat perubahan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat dan Pengendalian HIV/AIDS terkendala stigma sosial dan diskriminasi yang masih tinggi.

e. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan kebijakan seperti Program Nusantara Sehat dan peningkatan pendidikan serta pelatihan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Meskipun Program Nusantara Sehat telah berhasil memperluas akses ke daerah terpencil, masih ada tantangan dalam retensi tenaga kesehatan di wilayah tersebut karena kurangnya insentif dan kondisi kerja yang berat. Kesenjangan kualitas pendidikan antara daerah maju dan tertinggal juga masih mempengaruhi standar pelayanan kesehatan.

f. Penggunaan Teknologi Informasi dalam Kesehatan

Kebijakan terkait pemanfaatan teknologi informasi dalam bidang kesehatan di Indonesia adalah Implementasi telemedicine dan rekam medis elektronik. Keberhasilan dua kebijakan tersebut adalah telemedicine memungkinkan akses pelayanan kesehatan jarak jauh, terutama selama pandemi dan meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam pengelolaan data pasien (Nugraheni et al., 2023a).

Tantangan kebijakan tersebut diantaranya Masih banyak daerah yang kekurangan infrastruktur teknologi, seperti internet yang memadai untuk mengimplementasikan telemedicine dan masalah privasi dan keamanan data pasien dalam sistem rekam medis elektronik perlu diperhatikan dengan serius

g. Penguatan Sistem Pembiayaan Kesehatan melalui

Kebijakan reformasi dalam sistem pembiayaan kesehatan untuk mengurangi defisit dan meningkatkan efisiensi BPJS Kesehatan (Nugraheni et al., 2021). Keberhasilan program penguatan sistem pembiayaan kesehatan Upaya reformasi telah mencakup penyesuaian tarif iuran dan peningkatan pengawasan terhadap klaim yang tidak sah dan Meningkatkan efisiensi pengelolaan keuangan BPJS untuk memastikan keberlanjutan program.

Tantangan yang dihadapi dalam sistem pembiayaan di Indonesia adalah terkait defisit keuangan terutama dalam program JKN dan masih perlu peningkatan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan dana kesehatan.

KESIMPULAN

Kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia bertujuan menciptakan sistem kesehatan yang inklusif, berkelanjutan, dan berkualitas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Fokusnya adalah pada peningkatan akses, kualitas pelayanan, dan efisiensi pembiayaan. Kebijakan ini telah memberikan manfaat signifikan, termasuk peningkatan akses dan kualitas layanan serta pengurangan beban finansial masyarakat. Namun, untuk hasil yang lebih optimal, diperlukan upaya berkelanjutan dalam mengatasi tantangan implementasi dan memperkuat kerja sama lintas sektor.

Untuk meningkatkan efektivitas kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia di masa mendatang, berikut adalah beberapa saran untuk penelitian:

1. Evaluasi Dampak JKN: Penelitian lebih mendalam mengenai dampak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap berbagai kelompok masyarakat, termasuk analisis perbedaan dampak di daerah perkotaan dan pedesaan.
2. Analisis Efisiensi Pembiayaan: Studi mengenai efisiensi alokasi anggaran kesehatan di berbagai tingkat pemerintahan, termasuk analisis cost-benefit untuk berbagai program kesehatan.
3. Kesenjangan Akses Kesehatan: Penelitian mengenai faktor-faktor yang menyebabkan kesenjangan akses kesehatan di daerah terpencil dan tertinggal, serta pengembangan strategi untuk mengatasinya.
4. Inovasi Teknologi Kesehatan: Studi mengenai penerapan teknologi informasi dan komunikasi dalam pelayanan kesehatan, termasuk telemedicine, rekam medis elektronik, dan aplikasi kesehatan digital.
5. Kualitas Layanan Kesehatan: Penelitian mengenai kualitas layanan di fasilitas kesehatan, termasuk analisis terhadap kepuasan pasien dan kinerja tenaga kesehatan.

6. Pengaruh Sosial Ekonomi: Studi tentang pengaruh faktor sosial ekonomi seperti pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan terhadap kesehatan masyarakat.
7. Efektivitas Program Promosi Kesehatan: Penelitian mengenai efektivitas program promosi kesehatan dan kampanye pencegahan penyakit, serta strategi untuk meningkatkan partisipasi masyarakat.

Beberapa saran untuk kebijakan ekonomi kesehatan di Indonesia adalah:

1. Penguatan Infrastruktur Kesehatan: Peningkatan investasi dalam pembangunan dan perbaikan fasilitas kesehatan di daerah terpencil dan tertinggal, serta penyediaan alat medis yang memadai.
2. Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan: Program pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan secara berkelanjutan, termasuk insentif bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil.
3. Reformasi Pembiayaan Kesehatan: Peninjauan kembali skema pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan keberlanjutan, termasuk optimalisasi pemanfaatan dana kesehatan dan peningkatan transparansi.
4. Peningkatan Kolaborasi: Mendorong kolaborasi lebih erat antara pemerintah, sektor swasta, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sipil dalam pelaksanaan program kesehatan.
5. Implementasi Teknologi Kesehatan: Mendorong adopsi teknologi informasi dan komunikasi dalam sistem kesehatan, termasuk pengembangan platform digital untuk layanan kesehatan.
6. Penguatan Regulasi dan Pengawasan: Memperkuat regulasi dan pengawasan dalam sektor kesehatan untuk memastikan kualitas pelayanan, keamanan pasien, dan keadilan akses.

7. Program Kesehatan Berbasis Komunitas: Mengembangkan dan mendukung program kesehatan berbasis komunitas yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.
8. Pendekatan Multisektoral: Menerapkan pendekatan multisektoral dalam kebijakan kesehatan yang mencakup sektor pendidikan, lingkungan, dan sosial ekonomi untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik.

Dengan fokus pada penelitian yang komprehensif dan kebijakan yang inovatif serta berkelanjutan, Indonesia dapat terus memperkuat sistem kesehatannya dan meningkatkan kualitas hidup seluruh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Susiloretni, K. A., Soewondo, P., Ahmad, S. A., ... Khusun, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Azis, I. J., Napitupulu, L. M., Arianto, A., Patunru, & Resosudarmo, B. P. (Eds.). (2010). *Pembangunan Berkelanjutan: Peran dan Kontribusi Emil Salim*. KPG (Kepustakaan Populer Gramedia).
- Bastian, N. D., Ekin, T., Kang, H., Griffin, P. M., Fulton, L. V, & Grannan, B. C. (2017). Stochastic multi-objective auto-optimization for resource allocation decision-making in fixed-input health systems. *Health Care Management Science*, 20(2), 246–264. <https://doi.org/10.1007/s10729-015-9350-2>

- Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M., & Danagoulian, S. (2024). *The Economics of Health and Health Care*. Routledge. <https://doi.org/doi.org/10.4324/9781003308409>
- Goryakin, Y., Rocco, L., & Suhrcke, M. (2017). The contribution of urbanization to non-communicable diseases: Evidence from 173 countries from 1980 to 2008. *Economics & Human Biology*, 26, 151–163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ehb.2017.03.004>
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2022 tentang Pedoman Penggunaan Dana Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2022*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2024 tentang Pedoman Penyelenggaraan Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2024*.
- Kumar, A. K. S., Chen, L. C., Choudhury, M., Ganju, S., Mahajan, V., Sinha, A., & Sen, A. (2011). Financing health care for all: challenges and opportunities. *The Lancet*, 377(9766), 668–679. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61884-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61884-3)
- Kurniawardhani, A. B. (2021). Sejarah Organisasi Ekonomi Internasional: World Trade Organization (WTO). *Widya Winayata : Jurnal Pendidikan Sejarah*, 9(1 SE-Articles), 49–53. <https://doi.org/10.23887/jjps.v9i1.30381>
- Love-Koh, J., Griffin, S., Kataika, E., Revill, P., Sibandze, S., & Walker, S. (2020). Methods to promote equity in health resource allocation in low- and middle-income countries: an overview. *Globalization and Health*, 16(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0537-z>
- Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Sythesis of 11

- Country Case Study. In *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0408-3>
- McPake, B., Normand, C., Smith, S., & Nolan, A. (2020). *Health Economics: An International Perspective* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/doi.org/10.4324/9781315169729>
- Nugraheni, W. P., Hidayat, B., Nadjib, M., Pambudi, E., Kosen, S., Trihandini, I., & Thabraney, H. (2018). Impact Evaluation of National Health Insurance toward Access Hospital Inpatient Care in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9, 196. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00118.3>
- Nugraheni, W. P., Mubasyiroh, R., & Hartono, R. K. (2020). The influence of Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) on the cost of delivery services in Indonesia. *PLoS ONE*, 15(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235176>
- Nugraheni, W. P., Retnaningsih, E., Mubasyiroh, R., & Rachmawati, T. (2023a). Effects of the COVID-19 pandemic on cardiovascular disease financing in Indonesia (JKN claims data analysis 2019-2020) . In *Frontiers in public health* (Vol. 11, p. 1148394). Frontiers Media S.A . <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148394>
- Nugraheni, W. P., Retnaningsih, E., Mubasyiroh, R., & Rachmawati, T. (2023b). Effects of the COVID-19 pandemic on cardiovascular disease financing in Indonesia (JKN claims data analysis 2019–2020). *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148394>
- Nugraheni, W. P., Zahroh, A. H., & Hartono, R. K. (2021). Best Practice of Hospital Management Strategy to thrive in the National Health Insurance Era. *Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia)*, 9(1 SE-Original Articles), 9–22.

- <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.9-22>
- Oktaria, V., & Mahendradhata, Y. (2022). The health status of Indonesia's provinces: the double burden of diseases and inequality gap. *The Lancet Global Health*, 10(11), e1547–e1548. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00405-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00405-3)
- Sapkota, S., Dhakal, A., Rushton, S., van Teijlingen, E., Marahatta, S. B., Balen, J., Lee, A. C. K., Adhikary, P., Bajracharya, B., Bhandari, S., Gautam, S., Karki, A., Karki, J. K., Koirala, B., Neupane, R., Panday, S., Paudel, U., Pohl, G., Simkhada, P. P., ... Wasti, S. P. (2023). The impact of decentralisation on health systems: A systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 8(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013317>
- Starc, A., & Town, R. J. (2020). Externalities and Benefit Design in Health Insurance. *The Review of Economic Studies*, 87(6), 2827–2858. <https://doi.org/10.1093/restud/rdz052>
- Turvey, R. (2022). *Demand and Supply* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/doi.org/10.4324/9781003283225>
- Ullah, A., Arshad, M., Kächele, H., Khan, A., Mahmood, N., & Müller, K. (2020). Information asymmetry, input markets, adoption of innovations and agricultural land use in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Land Use Policy*, 90, 104261. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2019.104261>
- World Health Organization. (2024). *Health Economics*. https://www.who.int/health-topics/health-economics#tab=tab_1

PROFIL PENULIS



Dr. Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes

Penulis lahir di Madiun, 7 Juli 1973. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Indonesia (S2 dan S3) dan Universitas Airlangga (S1). Wanita yang kerap disapa Wahyu ini adalah anak Pertama dari pasangan Drs. Bikan Poedjo Prajitno (ayah) dan Roesmini Sastrowiyono (ibu). Wahyu Pudji Nugraheni bukanlah orang baru di dunia penelitian. Ia telah mengabdikan diri di bidang penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat sejak tahun 1990 hingga saat ini. Karir pertamanya sebagai peneliti bidang ilmu kesehatan masyarakat tercatat pada institusi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan (1990-2021). Tahun 2021 sampai sekarang menjadi peneliti di Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Organisasi Riset Kesehatan Badan Riset dan Inovasi Nasional.

BAB 2

PERKEMBANGAN ASURANSI KESEHATAN

Rosyidah

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan
E-mail: rosyidahrosyidah29@gmail.com

PENDAHULUAN

Asuransi kesehatan adalah bentuk perlindungan finansial yang bertujuan menghindari risiko biaya akibat penyakit, biaya pengobatan, atau perawatan medis. Asuransi ini penting untuk mengurangi beban biaya medis yang tak terduga dan memberikan akses layanan kesehatan yang lebih baik bagi masyarakat yang tidak mampu membayar sendiri (Susetyo, 2019). Aktivitas dalam asuransi ini meliputi pengumpulan dana, pemeliharaan dana terkumpul, peningkatan nilai dana melalui investasi, dan pembayaran klaim. Secara dasar, asuransi kesehatan menyediakan dana untuk biaya pengobatan dan rumah sakit akibat kecelakaan atau penyakit, serta melindungi tertanggung dari kehilangan pendapatan karena cacat (Endartiwi, 2018).

Asuransi kesehatan adalah sumber pendanaan untuk layanan kesehatan yang bisa berasal dari sektor publik, seperti asuransi kesehatan sosial (misalnya, Jaminan Kesehatan Nasional), dan juga dari sektor swasta, seperti asuransi kesehatan swasta. (Tulchinsky et al., 2014 dalam Heryana, 2021). Asuransi kesehatan sosial, yang dikelola oleh pemerintah, memiliki kepesertaan wajib dengan paket pelayanan yang komprehensif dan subsidi pembayaran premi bagi masyarakat tidak mampu. Sebaliknya, asuransi kesehatan swasta dikelola oleh perusahaan atau badan swasta, memiliki

kepesertaan sukarela, dan premi asuransi disesuaikan dengan paket manfaat yang dipilih peserta.

Di Indonesia, asuransi kesehatan syari`ah juga berkembang pesat mengingat statusnya sebagai negara dengan populasi Muslim terbesar di dunia. Asuransi syari`ah dikelola oleh perusahaan atau badan swasta yang berlegalitas untuk menyelenggarakan paket asuransi kesehatan syari`ah. Produk ini menjamin risiko kesehatan dan biaya dengan menggunakan prinsip syariah dalam penentuan premi dan proses klaim, serta menerapkan prinsip takaful yang berarti berbagi risiko antar peserta (Sulaeman et al., 2023).

Dilihat dari aspek perkembangan asuransi kesehatan sosial, swasta maupun syari`ah di Indonesia, yang menonjol adalah asuransi sosial atau jaminan kesehatan sosial. Dalam hal ini transformasi yang terjadi pada tahun 2014 saat perubahan model pengelolaan ataupun skema dari *multipayers* menjadi *single payer* merupakan perubahan besar dalam kancan jaminan kesehatan di Indonesia. Pengelolaan *multipayers* yaitu Badan Pelaksana (Bapel) asuransi atau jaminan kesehatan diselenggarakan oleh satu Bapel, seperti untuk Pegawai Negeri dikelola oleh PT ASKES, untuk Ketenagakerjaan dikelola oleh Jamsostek, khusus TNI/ABRI oleh Asabri, sedangkan untuk kelompok informal ada Jaminan Kesehatan Derah, serta kelompok miskin dikelola langsung oleh Kemenkes dengan adanya Askeskin. Sedangkan sistem *single payers*, semua jenis asuransi sosial dikelola oleh pemerintah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS Kesehatan untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan yang komprehensif dan BPJS Ketenagakerjaan untuk pengelolaan jaminan sosial tenaga kerja yang meliputi Jaminan Kecelakaan kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), jaminan Pensiun (JP), Jaminan Kehilangan Pekerjaan (JKP).

Upaya transformasi tersebut merupakan upaya pemerintah untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia. UHC merupakan salah satu target yang dicanangkan dalam Sustainability Development Goals (SDGs). Tujuan UHC untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata tanpa pengecualian, dengan pembiayaan yang terjangkau (Saputro & Fathiyah, 2022) . Berdasarkan RPJM 2020 – 2024 adalah 98% penduduk Indonesia mendapatkan perlindungan jaminan kesehatan atau menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Mukti, 2022). Pada masa perubahan sistem asuransi kesehatan sebelum dan sesudah UHC ini menarik untuk dibahas lebih lanjut dalam bab ini, untuk mengetahui perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia khususnya di era UHC, termasuk pada masa-masa transformasi berlangsung.

ASURANSI KESEHATAN DAN PERKEMBANGANYA DI ERA UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Seperti yang diuraikan pada pendahuluan, asuransi kesehatan di Indonesia mencakup asuransi kesehatan sosial, komersial, dan syari`ah. Dalam konteks asuransi kesehatan komersial, perkembangannya lebih terfokus pada peningkatan jumlah perusahaan asuransi swasta yang menawarkan berbagai paket asuransi kesehatan. Paket-paket ini menawarkan manfaat atau *benefits* yang beragam, termasuk perlindungan untuk penyakit kritis yang memerlukan biaya pengobatan tinggi, seperti stroke, kanker, penyakit jantung, gagal ginjal, serta layanan kesehatan lainnya.

Pasar Asuransi Syari`ah di Indonesia juga berkembang pesat, sebagaimana data yang disampaikan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK, 2023), dalam asset Asuransi Jiwa Syariah pada tahun 2022 mempunyai porsi sebesar 5.6% dibandingkan total asset asuransi jiwa secara umum, sedangkan asuransi

umum Syari`ah memiliki market share sebesar 3.7%. Hal ini didukung Perusahaan Asuransi Syari`ah dan Reasuransi *Syariah Full Pledget* dan 43 asuransi syariah dan reasuransi syariah berbentuk usaha syariah (UUS).

Perkembangan yang menonjol dalam perasuransian Kesehatan di Indonesia terjadi pada Asuransi Kesehatan Sosial yang mengalami perubahan pengelolaan dari *multi payers* menjadi *single payers* pada tahun 2014 dengan pengelolaan Tunggal dibawah Badan Peyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan UU nomor 40 tahun 2004 (Saputro & Fathiyah, 2022).

Terdapat berbagai referensi yang menjelaskan tentang pembentukan asuransi kesehatan sosial di Indonesia. (Agustina et al.,2019) bahwa kebijakan dan praktik kesehatan pemerintahan kolonial Belanda telah berdampak pada sistem kesehatan di Indonesia, termasuk asuransi kesehatan sosial. Hal ini terkait dengan latar belakang sejarah karena sejak tahun 1800, Belanda menguasai sebagian besar kepulauan Indonesia hingga Indonesia mendeklarasikan kemerdekaannya pada tanggal 17 Agustus 1945 dan menjadi negara demokrasi dengan sistem presidensial. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh (The Economist Intelligence Unit, 2012) mulai membandingkan asuransi kesehatan sosial di Indonesia sejak tahun 1970-an hingga JKN diterapkan di Indonesia. Namun, beberapa referensi seperti yang disebutkan oleh (Rokx et al., 2011) bahwa asuransi kesehatan sosial di Indonesia mulai dirancang pada tahun 1968. Evolusi asuransi kesehatan sosial di Indonesia dirangkum secara singkat sebagai berikut :

Tabel 2.1. Skema Asuransi Kesehatan Sosial

Tahun	Skema Asuransi Kesehatan Sosial
1968 - 2013	Asuransi Kesehatan (ASKES)
1974-1990	Dana Sehat
1992 - 2013	Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
1992-2004	Managed Care, <i>Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)</i>
1998-1990	Programme Jaring Pengaman Sosial Nasional (JPSBK)
2005	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin)
2005-2006	Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPMM)
2008-2013	Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mengasuransikan 76,4 juta penduduk miskin dan hampir miskin melalui program Jamkesmas
2008-2013	Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Skema ini digagas sebagai respon pemerintah daerah terhadap kebutuhan penyediaan jaminan kesehatan bagi warganya, khususnya masyarakat miskin yang belum tercakup dalam Jamkesmas.
2011-2013	Jaminan Persalinan (Jampsal);) program untuk perempuan yang tidak tercakup oleh asuransi kesehatan jenis apa pun
2014-sampai saat ini	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Universal Health Coverage

Berdasarkan milestone pada tabel 2.1, dapat diketahui berbagai program jaminan kesehatan sosial yang sebelum JKN diterapkan dengan skema *multi payers*, dalam model ini,

pemerintah daerah, atau lembaga tertentu memiliki kewenangan untuk mengelola jaminan kesehatan di daerah tersebut. Namun, pada awal tahun 2014, sistem jaminan kesehatan di Indonesia mengalami perubahan sesuai dengan upaya pemerintah Indonesia untuk menerapkan sistem Universal Health Coverage (UHC). (Britnell, 2015) mengklaim jika Indonesia menerapkan universal health coverage atau asuransi kesehatan yang rencananya akan dicapai pada tahun 2019, Indonesia akan menjadi negara pembayar tunggal terbesar di dunia. Pendapat ini didorong oleh fakta bahwa Indonesia memiliki jumlah penduduk yang sangat besar, lebih dari 250 juta jiwa yang tersebar di sekitar 18.000 pulau dengan status sosial yang beragam.

Pemerintah Indonesia berusaha menerapkan UHC didasarkan pada Undang-Undang nomor 40 tahun 2004, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Untuk mewujudkan Undang-Undang ini pemerintah Indonesia mendeklarasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). (Putri, 2014) menekankan bahwa berdasarkan konstitusi SJSN, asuransi sosial dan ekuitas adalah prinsip utama JKN. Rolindrawan menegaskan bahwa sistem JKN atau NHI memperhatikan prinsip kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh masyarakat (Rolindrawan, 2015).

Peta jalan UHC dan tujuan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2019-2024, telah ada langkah-langkah yang dilakukan untuk mencapai UHC. Terutama dalam hal mencapai ambang batas PBI (Penerima Bantuan Iuran) untuk tahun fiskal 2019-2024. Namun sejak tahun 2021, terdapat perubahan jumlah PBI yang sedang dievaluasi karena adanya peningkatan validitas dan reliabilitas data, dibandingkan dengan peta jalan yang diabaikan oleh DJSN untuk memenuhi target UHC pada tahun 2024 dengan demikian, terdapat peningkatan jumlah yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah dengan penurunan jumlah PBI yang dibiayai. Melihat

situasi ini, BPJS Kesehatan saat ini sedang bekerja keras untuk mencapai UHC pada tahun 2024. Selain itu, BPJS Kesehatan hampir dapat mencapai UHC 98% dengan mengurangi jumlah pasien yang tidak aktif. Jika peta jalan yang disetujui oleh DJSN diikuti, maka pencapaian UHC yang optimal dapat terjadi pada tahun 2024 (Mukti, 2022).

Saat ini hampir 90% penduduk Indonesia merupakan peserta JKN, oleh karena itu BPJS Kesehatan sedang melakukan integrasi data peserta JKN atau Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang dapat digunakan sebagai identitas peserta JKN. Keterkaitan dengan identitas tunggal ini juga dapat digunakan sebagai identitas peserta JKN ketika mereka dapat menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini merupakan salah satu bentuk kerja sama antara Kementerian/Lembaga dengan BPJS Kesehatan dalam melakukan transfer data pasien dan mempermudah pasien JKN (Mukti, 2022).

Sebagaimana disampaikan oleh (Rosyidah et al., 2020), Keberhasilan dan keberlangsungan UHC atau JKN di Indonesia akan eksis dengan komitmen dari pemerintah dan sektor swasta serta dari masyarakat yang menyadari pentingnya manfaat JKN. Monitoring dan evaluasi yang terus dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di semua lini seperti halnya, sistem informasi, penguatan sistem rujukan, meningkatkan benefits atau manfaat paket layanan kesehatan yang komprehensif, dan terus mengembangkan media sosialisasi terkait manfaat BPJS Kesehatan sehingga dapat memperluas cakupan kepesertaan.

Pada era UHC sinergi antara asuransi kesehatan sosial dalam hal ini BPJS Kesehatan dengan asuransi swasta ataupun syari`ah dapat terintegrasi dengan penerapan *Coordination of Benefit* (COB), karena di Indonesia masyarakat ada yang mempunyai asuransi kesehatan sosial sekaligus asuransi swasta

atau asuransi syari`ah sekaligus (double insured). Fungsi COB adalah untuk mengkoordinasikan santunan atau benefit asuransi diantara dua atau lebih asuradur yang menjamin orang yang sama dengan tujuan untuk mencegah terjadinya pembayaran yang berlebihan dari biaya yang harus dibayarkan (Ilyas, 2011 dalam Fera Mutiara Dewi, 2021). Dalam mekanisme COB, peserta JKN memperoleh beberapa keuntungan yaitu memungkinkan naik kelas perawatan, serta mendapatkan benefit yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan, mendapatkan perawatan eksklusif, dan dapat berobat ke RS swasta yang belum bekerjasama dengan BPJS kesehatan (Fera Mutiara Dewi & Budi Hidayat, 2021) . Berdasarkan uraian terkait COB, sinergi antara asuransi kesehatan sosial dalam hal ini BPJS kesehatan dan swasta dapat diterapkan dengan memberikan keuntungan kepada kedua belah pihak, namun komunikasi, koordinasi antara peserta asuransi dengan providers pelayanan kesehatan dan badan pengelola asuransi kesehatan harus jelas, sehingga manfaat dari kedua jenis asuransi tersebut dapat diperoleh sesuai regulasi COB yang sudah ditetapkan.

KESIMPULAN

Asuransi kesehatan di Indonesia baik asuransi kesehatan sosial, swasta dan syari`ah semua mengalami pertumbuhan yang positif, terutama pada asuransi kesehatan sosial yang lebih dikenal dengan istilah jaminan kesehatan di era JKN ini. Transformasi kelembagaan dan pengelolaan asuransi kesehatan yang sebelum UHC menggunakan model *multi payers* menjadi *single payer* mulai 1 Januari 2014. Upaya transformasi ini merupakan upaya pemerintah Indonesia untuk mewujudkan UHC dengan target 95% terlindungi dengan jaminan kesehatan. Selain itu untuk memperluas akses pelayanan kesehatan yang bermutu, dengan biaya kesehatan yang terjangkau dan realistik.

Keberlangsungan UHC di Indonesia akan berjalan dengan baik dengan adanya komitmen perintah, serta dukungan semua sektor termasuk masyarakat Indonesia. Termasuk adanya sinergi yang baik melalui mekanisme COB untuk asuransi kesehatan sosial dan asurasi kesehatan swasta maupun syari`ah.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrary, H., Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., T, H. (2019). *Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Britnell, M. (2015). *In Search Of The Perfect Health SYS*. Palgrave Macmillan.
- Endartiwi, S. S. (2018). *Manajemen Asuransi Dan Jaminan Kesehatan Teori & Aplikasi* (Pramukti dian Setianingrum (ed.); Cetakan Pe). Bianglala Publishing.
- Fera Mutiara Dewi, B. H. (2021). *Analisis Praktik Koordinasi Manfaat (Coordination of Benefit) Layanan Rawat Analisis Praktik Koordinasi Manfaat (Coordination of Benefit) Layanan Rawat Inap di Indonesia. March*. <https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2149>
- Heryana, A. (2021). *Asuransi Kesehatan dan Managed Care: Buku Ajar. March*, 1–18.
- Mukti, A. G. (2022). *Menyalam Program Jaminan KKesehatan Nasional Menjadi ANDalan Dan Kebanggan BANGSA* (BPJS Kesehatan (ed.); 1st ed.). BPJS Kesehatan, Kantor Pusat Jl.Letjen Suprapto Kav 20 N0 14, Cempaka Putih PO Box 1391/JKT Jakarta Pusat 10510.
- OJK, O. J. K. (2023). Draft Roadmap Pengembangan

- Perasuransian Indonesia. *Departemen Pengaturan Dan Pengembangan IKNB, OJK*, 1–63. www.ojk.go.id.
- Putri, A. E. (2014). *Seri Buku Saku - 4: Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional*. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/indonesien/11205.pdf>
- Rokx, C., Schieber, G., Harimurti, P., Tandon, A., & Somanathan, A. (2011). Directions in Development: Human Development. *Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*, 1–154.
- Rolindrawan, D. (2015). The Impact of BPJS Health Implementation for the Poor and Near Poor on the Use of Health Facility. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 211(November 2015), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.073>
- Rosyidah, Guy Daly, A. G. M. A. C. (2020). *Developing Indonesia's Universal Health Coverage System* (C. U. College of Public Health Sciences (ed.)). College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 204–216. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i2.108>
- Sulaeman, M., Wahyudi, I., Cahyono, P., Noval, M., Umah, K., Amin, R., Virana, T., Haerany, A., & Potton, Z. (2023). *Asuransi Syariah*.
- Susetyo, R. S. (2019). Asuransi Kesehatan. *Universitas Sumatera Utara, September*, 14–32.
- The Economist Intelligence Unit. (2012). Universal health-care coverage in Europe. *The Lancet*, 380(9854), 1644–1645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61943-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61943-6)

PROFIL PENULIS



Rosyidah, SE., M.Kes., Ph.D.

Penulis adalah dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Menyelesaikan S1 Ekonomi di Sekolah Bisnis Indonesia, dan S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2004, Konsentrasi pada Kebijakan Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi Kesehatan, serta menyelesaikan S3 di *Faculty Health and Life Sciences, Coventry University, UK* tahun 2022. Selain sebagai dosen di FKM UAD, juga sebagai peneliti yang fokus pada bidang pembiayaan kesehatan, asuransi kesehatan sosial, kebijakan kesehatan dan manajemen mutu pelayanan kesehatan. Penulis saat ini menjabat sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan (2022-2026), dan Sebagai Tim Kendali Mutu Kendali Biaya BPJS Kesehatan Pusat (2023 – 2025).

BAB 3

LAYANAN KESEHATAN SWADAYA

Arisandi
Universitas Mandala Waluya, Kendari
E-mail: Arisandisapri74@gmail.com

PENDAHULUAN

Layanan kesehatan swadaya berfokus pada upaya masyarakat untuk mengelola dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri, tanpa bergantung sepenuhnya pada layanan kesehatan formal atau profesional. Secara umum bertujuan untuk memberdayakan masyarakat agar lebih mandiri dalam menjaga kesehatan, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi ketergantungan pada fasilitas kesehatan formal. Langkah yang diambil dapat bervariasi tergantung pada populasi yang menjadi sasaran dan tujuan akhir dari program atau inisiatif kesehatan swadaya yang terkait. Dalam layanan kesehatan swadaya, terdapat beberapa bagian penting, yaitu:

A. Pencegahan Penyakit

Pencegahan penyakit adalah serangkaian tindakan yang diambil untuk mengurangi kemungkinan seseorang atau populasi terkena penyakit. Tujuan utamanya adalah untuk mengurangi insiden atau kejadian penyakit serta dampaknya terhadap individu atau masyarakat secara keseluruhan. Ini melibatkan berbagai strategi, termasuk intervensi medis seperti vaksinasi, promosi gaya hidup sehat, dan praktik kebersihan pribadi yang baik.

Pencegahan penyakit dapat dibagi menjadi tiga tingkatan utama:

1. **Pencegahan Primer:** Bertujuan mencegah penyakit sebelum muncul dengan mengidentifikasi dan menghilangkan faktor risiko, seperti vaksinasi, promosi gaya hidup sehat, dan edukasi kesehatan.
2. **Pencegahan Sekunder:** Mengacu pada deteksi dini dan penanganan penyakit pada tahap awal untuk mencegah komplikasi yang lebih serius, seperti skrining kesehatan rutin dan tes deteksi dini.
3. **Pencegahan Tersier:** Fokus pada manajemen jangka panjang penyakit kronis untuk mencegah kecacatan dan memperbaiki kualitas hidup individu yang hidup dengan kondisi tersebut.

Pencegahan penyakit tidak hanya berdampak pada kesehatan individu, tetapi juga memiliki implikasi ekonomi dan sosial yang signifikan, dengan membantu mengurangi beban penyakit dan biaya perawatan kesehatan. Oleh karena itu, promosi pencegahan penyakit menjadi sangat penting dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Pencegahan penyakit melalui langkah-langkah seperti kebersihan pribadi, vaksinasi, dan pola makan sehat memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan individu. Berikut ini adalah informasi lebih lanjut tentang masing-masing langkah tersebut:

a. **Kebersihan Pribadi:**

- *Cuci tangan:* Mencuci tangan dengan sabun dan air mengurangi penyebaran kuman yang dapat menyebabkan penyakit seperti flu, diare, dan infeksi lainnya.
- *Menjaga kebersihan lingkungan:* Membersihkan permukaan yang sering disentuh, seperti gagang pintu

dan meja, dapat membantu mengurangi penyebaran kuman.

b. **Vaksinasi:**

- *Perlindungan melalui imunisasi:* Vaksinasi adalah cara efektif untuk mencegah penyakit menular seperti campak, polio, cacar air, dan banyak penyakit lainnya. Dengan mendapatkan vaksin sesuai jadwal, individu tidak hanya melindungi diri sendiri tetapi juga membantu melindungi masyarakat dari penyebaran penyakit.

c. **Pola Makan Sehat:**

- *Makanan seimbang:* Mengonsumsi makanan yang kaya akan nutrisi seperti buah-buahan, sayuran, biji-bijian utuh, dan protein sehat membantu memperkuat sistem kekebalan tubuh dan menjaga kesehatan secara keseluruhan.
- *Menghindari makanan yang berisiko:* Mengurangi konsumsi gula tambahan, lemak jenuh, dan makanan olahan dapat mengurangi risiko penyakit jantung, diabetes, dan obesitas.

Melakukan langkah-langkah ini secara teratur dapat membantu individu menjaga kesehatan secara keseluruhan dan mengurangi risiko penyakit menular serta penyakit kronis. Kombinasi dari kebersihan pribadi yang baik, vaksinasi lengkap, dan pola makan sehat adalah kunci untuk hidup yang lebih sehat dan lebih baik.

B. Perawatan Mandiri

Perawatan mandiri merujuk pada praktik perawatan kesehatan atau kebersihan diri yang dilakukan secara mandiri oleh individu, tanpa memerlukan bantuan dari tenaga medis atau profesional kesehatan. Ini mencakup kegiatan seperti

membersihkan luka ringan, merawat flu atau demam ringan, menjaga kebersihan pribadi seperti mandi dan menyikat gigi, serta mengelola kesehatan harian seperti memantau tekanan darah atau gula darah. Perawatan mandiri penting untuk menjaga kesehatan sehari-hari dan mencegah penyakit serta komplikasi yang lebih serius. Namun, penting juga untuk mengenali batas kemampuan sendiri dan mengetahui kapan harus mencari bantuan profesional jika kondisi memburuk atau membutuhkan penanganan lebih lanjut.

Perawatan mandiri mencakup berbagai topik penting untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan pribadi tanpa bantuan profesional. Beberapa topik tersebut meliputi:

- a. **Perawatan Tubuh:** Mandi, membersihkan gigi, dan merawat kulit adalah bagian penting dari menjaga kebersihan dan kesehatan tubuh. Mandi secara teratur dengan sabun membantu menjaga kesehatan kulit.
- b. **Perawatan Gigi:** Menyikat gigi dua kali sehari dan menggunakan benang gigi membantu mencegah kerusakan gigi dan masalah gusi.
- c. **Gaya Hidup Sehat:** Pola makan sehat, olahraga teratur, tidur yang cukup, serta menghindari kebiasaan buruk seperti merokok dan konsumsi alkohol berlebihan adalah kunci untuk menjaga kesehatan secara keseluruhan.
- d. **Manajemen Stres:** Teknik relaksasi seperti meditasi atau yoga, serta manajemen waktu yang baik, dapat membantu mengurangi tingkat stres.
- e. **Perawatan Mental:** Menjaga kesehatan mental dengan berbicara kepada orang yang tepat jika merasa stres atau cemas, serta memanfaatkan sumber daya dukungan seperti keluarga, teman, atau konselor, sangat penting.
- f. **Pengelolaan Obat:** Jika memiliki kondisi medis tertentu, penting untuk mematuhi pengobatan yang diresepkan dan memahami cara yang benar untuk mengonsumsinya.

- g. **Pengelolaan Kesehatan Umum:** Mengatur jadwal kunjungan rutin ke dokter atau spesialis, serta memahami gejala umum penyakit untuk dapat mengidentifikasi masalah kesehatan lebih awal.
- h. **Pencegahan Cedera:** Menghindari kegiatan berisiko tinggi dan mematuhi aturan keselamatan dapat membantu mencegah cedera yang tidak perlu.
- i. **Pengetahuan Medis Dasar:** Memahami gejala umum penyakit dan kondisi medis dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat terkait perawatan kesehatan pribadi.

Menjaga perawatan mandiri yang baik meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan dan mengurangi risiko penyakit serta komplikasi kesehatan yang dapat dicegah. Perawatan mandiri yang tepat membantu menjaga kesehatan fisik dan mental dalam jangka panjang.

C. Pengelolaan Kesehatan

Pengelolaan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mengoordinasikan sumber daya, layanan, dan kebijakan dalam sistem kesehatan guna mencapai tujuan-tujuan tertentu. Ini mencakup aspek seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian, dan pengawasan terhadap berbagai komponen dalam sistem kesehatan, baik di rumah sakit, fasilitas kesehatan masyarakat, maupun sistem pelayanan kesehatan lainnya. Pengelolaan kesehatan melibatkan:

- a. **Perencanaan:** Pengembangan tujuan, strategi, dan rencana jangka pendek serta jangka panjang untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan.

- b. **Pengorganisasian:** Pengaturan struktur organisasi dan alokasi sumber daya (manusia, keuangan, dan fisik) untuk mendukung operasional sistem kesehatan.
- c. **Pengarahan:** Mengarahkan kegiatan sehari-hari, membuat keputusan, dan mengimplementasikan kebijakan yang relevan untuk mencapai tujuan organisasi atau sistem kesehatan.
- d. **Pengendalian:** Memantau kinerja, mengevaluasi pencapaian tujuan, dan melakukan perbaikan atau penyesuaian jika diperlukan untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan.
- e. **Pengawasan:** Mengawasi kepatuhan terhadap standar, peraturan, dan kebijakan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, serta memastikan bahwa semua aktivitas dilakukan secara etis dan sesuai dengan prinsip-prinsip pelayanan kesehatan yang baik.

Pengelolaan kesehatan tidak hanya mencakup aspek administratif dan operasional, tetapi juga aspek strategis dalam menghadapi tantangan dan perubahan dalam lingkungan kesehatan yang dinamis. Tujuan akhirnya adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, meningkatkan aksesibilitas, serta memastikan keberlanjutan dan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Pengelolaan kesehatan melibatkan berbagai topik penting, seperti:

- a. **Manajemen Rumah Sakit:** Pengelolaan operasional, keuangan, dan sumber daya manusia di rumah sakit untuk memastikan efisiensi dan kualitas layanan.
- b. **Sistem Informasi Kesehatan:** Penggunaan teknologi informasi untuk mengelola data pasien, administrasi rumah sakit, dan informasi medis secara efektif dan aman.

- c. **Manajemen Kualitas:** Implementasi standar dan prosedur untuk memastikan kualitas perawatan yang optimal dan keamanan pasien.
- d. **Manajemen Keuangan Kesehatan:** Pengelolaan keuangan yang efektif untuk memastikan rumah sakit atau fasilitas kesehatan dapat beroperasi secara berkelanjutan.
- e. **Kebijakan Kesehatan:** Pengembangan kebijakan dan strategi untuk meningkatkan akses, kualitas, dan efisiensi sistem kesehatan.
- f. **Etika Kesehatan:** Penerapan prinsip etika dalam pengambilan keputusan medis dan perlakuan terhadap pasien serta staf medis.
- g. **Manajemen Bencana Kesehatan:** Persiapan dan respons terhadap bencana atau kejadian darurat dalam konteks pelayanan kesehatan.
- h. **Manajemen Sumber Daya Manusia:** Pengelolaan staf kesehatan, termasuk rekrutmen, pelatihan, dan pengembangan profesional.
- i. **Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer:** Pengelolaan pusat kesehatan masyarakat atau fasilitas primer untuk memastikan akses layanan kesehatan dasar bagi populasi.
- j. **Kemitraan dan Kolaborasi:** Kerjasama antara sektor publik dan swasta, serta organisasi masyarakat untuk meningkatkan pengelolaan dan pelayanan kesehatan.

D. Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah kondisi kesejahteraan yang mencakup bagaimana seseorang merasakan, berpikir, dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari. Ini melibatkan kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial. Penjelasan lebih lanjut mengenai kesehatan mental meliputi:

- a. **Kesejahteraan Emosional:** Kemampuan mengelola emosi secara sehat dan positif. Orang yang memiliki kesehatan

mental yang baik mampu mengenali dan mengelola emosi mereka tanpa terjebak dalam perasaan negatif yang berkepanjangan seperti kecemasan, depresi, atau marah yang berlebihan.

- b. **Kesejahteraan Psikologis:** Kemampuan berpikir secara jernih, rasional, dan kritis. Orang dengan kesehatan mental yang baik memiliki persepsi diri yang sehat, mampu mengevaluasi situasi dengan obyektif, dan mengambil keputusan yang tepat dalam kehidupan sehari-hari.
- c. **Kesejahteraan Sosial:** Kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain secara sehat dan produktif. Kesehatan mental yang baik memungkinkan seseorang untuk membangun hubungan positif, mendukung, dan memperkuat jaringan sosial yang kuat.
- d. **Resiliensi dan Ketahanan:** Kemampuan mengatasi tantangan dan stres kehidupan dengan cara yang adaptif. Orang yang memiliki resiliensi yang baik mampu pulih dari kesulitan, belajar dari pengalaman buruk, dan berkembang lebih kuat sebagai hasilnya.
- e. **Dukungan Sosial:** Pentingnya dukungan sosial yang memadai, termasuk memiliki orang-orang di sekitar yang dapat memberikan dukungan emosional, praktis, dan informasional saat dibutuhkan.

Kesehatan mental bukan hanya tentang ketiadaan penyakit mental, tetapi juga tentang kemampuan untuk merasa dan berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Menjaga kesehatan mental memerlukan perhatian dan perawatan yang serius, seperti menjaga pola hidup sehat, mencari bantuan jika diperlukan, dan mengelola stres dengan baik.

Perawatan kesehatan mental juga mencakup upaya untuk mencegah gangguan mental, mendeteksi dini gejala-gejala gangguan mental, serta menyediakan intervensi dan dukungan

yang diperlukan jika diperlukan. Beberapa aspek yang penting dalam kesehatan mental meliputi:

- a. **Pengenalan Kesehatan Mental:** Memahami kesehatan mental, menghilangkan stigma terkait gangguan mental, dan pentingnya merawat kesehatan mental sebagaimana fisik.
- b. **Gangguan Mental Umum:** Mengenali gangguan umum seperti depresi, kecemasan, gangguan bipolar, dan skizofrenia, serta cara mengidentifikasi gejalanya.
- c. **Strategi Manajemen Stres:** Teknik-teknik untuk mengurangi stres sehari-hari, seperti meditasi, olahraga, tidur yang cukup, dan cara mengelola tekanan pekerjaan atau sekolah.
- d. **Dukungan Sosial:** Pentingnya jaringan dukungan sosial yang sehat dan cara membangun atau memperkuatnya.
- e. **Keseimbangan Kehidupan:** Cara menyeimbangkan antara pekerjaan, kehidupan pribadi, dan waktu istirahat untuk mendukung kesehatan mental yang baik.
- f. **Keterkaitan Kesehatan Mental dan Fisik:** Hubungan antara kesehatan fisik dan mental, serta bagaimana masing-masing saling mempengaruhi.
- g. **Peran Nutrisi dan Olahraga:** Bagaimana pola makan yang sehat dan rutinitas olahraga teratur dapat mempengaruhi kesehatan mental.
- h. **Pemulihan dan Perawatan:** Langkah-langkah untuk pemulihan dari gangguan mental, termasuk peran terapi, obat-obatan, dan dukungan keluarga.
- i. **Pencegahan:** Strategi untuk mencegah masalah kesehatan mental, seperti meningkatkan kesadaran diri, mengelola harapan diri, dan mencari bantuan jika diperlukan.
- j. **Krisis Kesehatan Mental:** Mengenali tanda-tanda krisis kesehatan mental dan langkah-langkah pertolongan pertama, termasuk nomor darurat dan sumber daya bantuan yang tersedia.

Dengan memahami dan mempraktikkan aspek-aspek ini, kesehatan mental dapat terjaga dengan baik, memberikan dampak positif pada kualitas hidup secara keseluruhan.

E. Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan mencakup pengaruh dari berbagai faktor fisik, kimia, biologi, sosial, dan psikologis di sekitar individu atau populasi. Ini adalah cabang dari ilmu kesehatan yang memfokuskan pada hubungan antara lingkungan dan kesehatan manusia. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi, mencegah, dan mengelola dampak lingkungan terhadap kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa aspek utama dalam kesehatan lingkungan meliputi:

1. **Polusi Udara:** Pencemaran udara memiliki dampak signifikan terhadap sistem pernapasan dan kesehatan umum. Upaya pengurangan emisi polutan menjadi kunci dalam mengurangi risiko kesehatan.
2. **Air Bersih:** Akses terhadap air bersih dan sanitasi yang aman sangat penting. Air yang tercemar dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan serius.
3. **Pengelolaan Limbah:** Pengelolaan limbah padat, cair, dan berbahaya harus dilakukan dengan aman untuk melindungi kesehatan masyarakat.
4. **Perubahan Iklim:** Perubahan iklim, seperti meningkatnya suhu global dan bencana alam, berdampak langsung pada kesehatan manusia dan memerlukan respons yang adaptif.
5. **Keselamatan Pangan:** Keamanan pangan adalah aspek krusial untuk mencegah kontaminasi dan penyakit yang terkait dengan makanan.
6. **Vektor Penyakit:** Penyakit yang disebarluaskan melalui vektor seperti nyamuk dan tikus memerlukan strategi pengendalian yang efektif.

7. **Kesehatan Lingkungan Kerja:** Kondisi kerja yang aman dan sehat, termasuk pengelolaan paparan bahan kimia berbahaya, penting untuk melindungi kesehatan pekerja.
8. **Pengelolaan Bencana:** Respons terhadap bencana alam dan teknologi adalah langkah penting dalam mengurangi dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.
9. **Kesehatan Lingkungan Anak:** Anak-anak sangat rentan terhadap dampak lingkungan, seperti paparan zat beracun dan polusi udara, yang memerlukan perhatian khusus.
10. **Pendekatan Interdisipliner:** Menggabungkan ilmu lingkungan, kesehatan masyarakat, kebijakan publik, dan teknologi adalah pendekatan holistik untuk meningkatkan kesehatan lingkungan secara keseluruhan.

Kesehatan lingkungan memainkan peran penting dalam ranah kesehatan swadaya karena kualitas lingkungan yang buruk dapat mengancam kesehatan individu dan masyarakat secara langsung. Dengan pemahaman yang baik tentang faktor-faktor lingkungan, masyarakat dapat mengambil tindakan preventif untuk melindungi diri mereka dari ancaman kesehatan yang bersumber dari lingkungan sekitar. Selain itu, keterlibatan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kualitas lingkungan melalui praktik-praktik kesehatan swadaya, seperti pengelolaan limbah yang baik dan menjaga kebersihan, dapat memberikan dampak positif jangka panjang bagi kesehatan komunitas secara keseluruhan.

F. Pertolongan Pertama

Pertolongan pertama adalah pengetahuan dan keterampilan dasar yang esensial dalam memberikan bantuan segera pada kejadian darurat atau kecelakaan sebelum tim medis profesional tiba. Ini adalah langkah awal yang penting untuk menjaga kondisi pasien, mencegah kondisi memburuk, dan memberikan

perawatan dasar yang bisa menyelamatkan nyawa. Berikut adalah beberapa poin penting dalam pertolongan pertama:

1. **Evaluasi Situasi:** Pastikan tempat kejadian aman sebelum mendekati korban. Perhatikan potensi bahaya seperti kebakaran, listrik, atau lalu lintas.
2. **Panggilan Darurat:** Jika diperlukan, segera panggil nomor darurat setempat (seperti 119 di Indonesia) atau minta bantuan dari orang lain untuk memanggil bantuan medis.
3. **Pemeriksaan Korban:** Periksa korban untuk menentukan kondisi mereka, seperti kesadaran, pernapasan, dan tanda-tanda perdarahan atau cedera.
4. **Tindakan Dasar:** Berdasarkan pemeriksaan awal, lakukan tindakan pertolongan pertama yang sesuai, seperti:
 - o *Pemulihan Pernafasan:* Jika korban tidak bernapas, lakukan CPR (Cardiopulmonary Resuscitation).
 - o *Henti Perdarahan:* Hentikan perdarahan dengan menekan luka dengan kain bersih atau tangan.
 - o *Imobilisasi:* Stabilkan cedera tulang belakang jika diperlukan dengan mempertahankan posisi kepala dan leher korban.
5. **Pencegahan Infeksi:** Pastikan tindakan yang diambil tidak menyebabkan infeksi tambahan. Gunakan sarung tangan atau bahan lainnya untuk melindungi diri dari kontak langsung dengan cairan tubuh korban.
6. **Pemindahan Aman:** Jika korban perlu dipindahkan, lakukan dengan hati-hati agar tidak memperburuk cedera.
7. **Perawatan Setelah Kejadian:** Tetap awasi korban dan berikan dukungan emosional sampai bantuan medis profesional tiba.

Pertolongan pertama sangat penting dalam ranah kesehatan swadaya karena memungkinkan individu untuk segera merespons situasi darurat dan memberikan bantuan yang dapat

mencegah kondisi yang lebih buruk atau bahkan menyelamatkan nyawa. Kemampuan memberikan pertolongan pertama tidak hanya meningkatkan rasa percaya diri dalam menangani krisis, tetapi juga memperkuat kapasitas masyarakat dalam menjaga kesehatan diri sendiri dan orang lain dalam situasi darurat. Selain itu, pengetahuan tentang pertolongan pertama mendorong kemandirian dan kesiapsiagaan, yang merupakan inti dari prinsip kesehatan swadaya.

KESIMPULAN

Kesehatan swadaya merupakan pendekatan esensial dalam meningkatkan kemandirian masyarakat Indonesia dalam menjaga kesehatan mereka. Melalui upaya ini, masyarakat didorong untuk lebih proaktif dalam mencegah penyakit, merawat kesehatan secara mandiri, serta memahami pentingnya lingkungan sehat dan kesiapsiagaan dalam situasi darurat. Dengan mengintegrasikan langkah-langkah pencegahan, perawatan mandiri, dan pengelolaan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari, masyarakat dapat secara signifikan mengurangi ketergantungan pada layanan kesehatan formal, yang sering kali terbatas di berbagai wilayah di Indonesia.

Manfaat kesehatan swadaya di Indonesia sangat luas, mulai dari meningkatkan kualitas hidup hingga mengurangi beban ekonomi pada sistem kesehatan nasional. Pencegahan penyakit melalui kebiasaan sehat, seperti vaksinasi dan kebersihan pribadi, serta kemampuan mengelola kesehatan mental dan fisik secara mandiri, tidak hanya mencegah komplikasi kesehatan yang lebih serius, tetapi juga membangun budaya kesehatan yang kuat di tengah masyarakat. Di samping itu, kesadaran akan pentingnya lingkungan yang sehat dan praktik pertolongan pertama yang tepat juga memperkuat kapasitas masyarakat untuk menghadapi tantangan kesehatan di masa depan.

Secara keseluruhan, kesehatan swadaya tidak hanya memberdayakan individu, tetapi juga memperkuat komunitas dalam menjaga kesehatan kolektif. Dengan mengadopsi prinsip-prinsip kesehatan swadaya, masyarakat Indonesia dapat membangun sistem kesehatan yang lebih tangguh, berkelanjutan, dan inklusif, yang tidak hanya bergantung pada intervensi medis formal, tetapi juga pada kekuatan kolektif dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan aman untuk semua.

DAFTAR PUSTAKA

- Institute for Health Metrics and Evaluation. *Temuan dari Studi Beban Penyakit Global 2017*. Institute for Health Metrics and Evaluation; Seattle, WA, AS: 2018
- Kofahl C., Trojan A., Knesebeck OVD, Nickel S. Keramahan dalam Membantu Diri Sendiri: Pendekatan Jerman untuk Memperkuat Kerja Sama Antara Kelompok Membantu Diri Sendiri dan Profesional Perawatan Kesehatan. *Soc. Sci. Med.* 2014; **123**:217–225. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.051.
- Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Mengenai Penyakit Kronis. [(diakses pada 2 November 2020)]; Tersedia daring: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Markowitz FE Keterlibatan dalam Kelompok Swadaya Masyarakat Kesehatan Mental dan Pemulihan. *Health Sociol. Rev.* 2015; **24**:199–212. doi: 10.1080/14461242.2015.1015149
- Mitchell RJ, Curtis K., Braithwaite J. Hasil Kesehatan dan Biaya bagi Anak Muda yang Terluka yang Dirawat di Rumah Sakit dengan dan Tanpa Kondisi Kesehatan

- Kronis. *Injury*. 2017; **48** :1776–1783. doi: 10.1016/j.injury.2017.06.002.
- Nayak AK, Panigrahi PK, Swain B. Kelompok Swadaya Masyarakat di India: Tantangan dan Peta Jalan Menuju Keberlanjutan. *Soc. Responsib. J*. 2019; **16** :1013–1033. doi: 10.1108/SRJ-02-2019-0054.
- Nickel S., Trojan A., Kofahl C. Melibatkan Kelompok Swadaya Masyarakat di Lembaga Pelayanan Kesehatan: Kontribusi Pasien dan Pandangan Mereka terhadap 'Keramahan Swadaya Masyarakat' sebagai Pendekatan untuk Menerapkan Kriteria Kualitas Kerja Sama yang Berkelanjutan. *Health Expect*. 2017; **20** :274–287. doi: 10.1111/hex.12455.
- Putnam Rankin C., Archibald M. Spesialisasi dan Kelangsungan Hidup Organisasi Swadaya Masyarakat. *Forum Sosiologi*. 2016; **31** :72–95. doi: 10.1111/socf.12227.
- Rojatz D., Forster R. Organisasi Swadaya Masyarakat sebagai Perwakilan Pasien dalam Pengambilan Keputusan Kebijakan dan Perawatan Kesehatan. *Kebijakan Kesehatan*. 2017; **121** :1047–1052. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.08.012.
- Suhrcke M., Nugent RA, Stuckler D., Rocco LC *Penyakit Kronis: Perspektif Ekonomi*. Oxford Health Alliance; London, Inggris: 2006.
- Vos T., Lim SS, Abbafati C., Abbas KM, Abbasi M., Abbasifard M., Abbasi-Kangevari M., Abbastabar H., Abd-Allah F., Abdelalim A., dkk. Beban Global 369 Penyakit dan Cedera di 204 Negara dan Wilayah, 1990–2019: Analisis Sistematis untuk Studi Beban Global Penyakit 2019. *Lancet*. 2020; **396** :1204–1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

BAB 4

ASURANSI KESEHATAN

DI MASA PASCA PANDEMI COVID-19

Indri Setyawati
Universitas Mandala Waluya, Kendari
E-mail: Indrisetyawati153@gmail.com

PENDAHULUAN

Asuransi adalah industri yang memiliki peran penting dalam perekonomian. Asuransi berfungsi untuk mengembalikan posisi finansial seseorang atau badan usaha ke kondisi sebelum terjadinya risiko. Di era saat ini, asuransi sangat penting untuk melindungi dari kejadian tak terduga, baik yang berdampak pada badan usaha maupun individu.

Di Indonesia, asuransi kesehatan menyediakan berbagai program layanan kesehatan dengan akses yang mudah. Mulai dari layanan primer hingga tersier, ketersediaan layanan ini semakin ditingkatkan sebagai respons terhadap peningkatan demografi. Masyarakat diharapkan bersiap mengatasi kebutuhan sosial, ekonomi, dan kesehatan serta memitigasi risiko sejak dini. Pandemi COVID-19 telah mengubah pandangan masyarakat Indonesia tentang asuransi, menjadi ancaman serius yang memerlukan perlindungan komprehensif dan revisi layanan kesehatan pasca-pandemi (Wang dan Liu, 2021).

Selama pandemi COVID-19, terjadi pergeseran signifikan dalam pola asuransi kesehatan di Indonesia. Masyarakat yang sebelumnya mungkin kurang memperhatikan pentingnya asuransi kesehatan, kini menyadari betapa pentingnya perlindungan finansial terhadap risiko kesehatan yang tidak terduga, terutama selama pandemi. Pandemi ini tidak hanya

berdampak pada kesehatan fisik tetapi juga memengaruhi sektor ekonomi dan sosial secara signifikan (Shahid et al.,2020).

Pasca-pandemi, kesadaran tentang risiko kesehatan yang tidak terduga meningkat. Masyarakat menyadari kerentanan mereka terhadap penyakit yang dapat menguras sumber daya finansial secara tiba-tiba. Asuransi kesehatan menjadi fokus utama bagi individu, keluarga, dan organisasi. Di masa pasca-pandemi, asuransi kesehatan tidak hanya melindungi dari biaya pengobatan yang mahal tetapi juga memastikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan berkualitas.

Tulisan ini akan membahas secara mendalam tentang peran asuransi kesehatan pasca-pandemi COVID-19, pentingnya asuransi kesehatan, tantangan dalam mengembangkan produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan pasca-pandemi, serta langkah-langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan inklusi asuransi kesehatan di masyarakat. Melalui pemahaman yang lebih baik tentang peran asuransi kesehatan dalam menghadapi tantangan kesehatan global, kita diharapkan dapat bersama-sama membangun sistem kesehatan yang lebih tangguh dan inklusif di masa depan.

A. KONTEKS PANDEMI COVID-19

a. Gambaran singkat tentang perkembangan dan dampak pandemi COVID-19.

Pandemi COVID-19, yang pertama kali diidentifikasi di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Tiongkok pada Desember 2019, telah mengguncang dunia secara luas. Virus ini, yang disebabkan oleh SARS-CoV-2, dengan cepat menyebar ke hampir setiap negara di dunia, menyebabkan World Health Organization (WHO) menyatakannya sebagai pandemi global pada Maret 2020. Dampak pandemi COVID-19 sangat luas dan meliputi berbagai aspek kehidupan, termasuk kesehatan, ekonomi, sosial, dan psikologis. Secara kesehatan, pandemi ini

telah mengakibatkan jutaan kasus infeksi dan kematian di seluruh dunia, membebani sistem perawatan kesehatan, serta menimbulkan tantangan serius bagi para tenaga medis yang bertugas menangani pasien COVID-19.

Dari segi ekonomi, pandemi COVID-19 telah menyebabkan penutupan bisnis, pemutusan hubungan kerja massal, penurunan pertumbuhan ekonomi, dan ketidakpastian finansial bagi banyak individu dan keluarga. Sektor pariwisata, perhotelan, dan industri lainnya juga sangat terpukul akibat pembatasan perjalanan dan penurunan permintaan konsumen. Selain itu, dampak sosial dan psikologis pandemi ini juga signifikan. Pembatasan sosial dan karantina telah memengaruhi kehidupan sehari-hari banyak orang, termasuk pendidikan, hiburan, dan interaksi sosial. Loneliness, kecemasan, dan depresi juga meningkat sebagai respons terhadap stres yang disebabkan oleh pandemi. Secara keseluruhan, pandemi COVID-19 telah menjadi salah satu krisis kesehatan global terburuk dalam sejarah modern, dengan dampak yang luas dan jangka panjang yang masih terus dirasakan oleh masyarakat di seluruh dunia. Perkembangan dan dampak pandemi ini akan terus dipelajari dan dievaluasi untuk membantu dunia mempersiapkan diri menghadapi tantangan serupa di masa depan.

b. Tantangan Yang Dihadapi Oleh Sistem Kesehatan Dan Industri Asuransi Selama Pandemi.

Selama pandemi COVID-19 sistem kesehatan dan industri asuransi menghadapi sejumlah tantangan yang signifikan, termasuk:

1. Tekanan pada Sistem Kesehatan

Lonjakan kasus COVID-19 menyebabkan tekanan yang luar biasa pada sistem kesehatan, termasuk kurangnya kapasitas rumah sakit, kekurangan alat pelindung diri (APD), dan kelelahan mental bagi tenaga medis.

2. Biaya Perawatan yang Tinggi

Biaya perawatan yang tinggi untuk pasien COVID-19, terutama bagi mereka yang memerlukan perawatan intensif atau ventilasi, menimbulkan beban finansial yang besar bagi individu, keluarga, dan pemerintah.

3. Ketidakpastian dan Risiko

Pandemi menciptakan ketidakpastian besar tentang risiko kesehatan yang dihadapi individu dan kelompok. Hal ini menyulitkan perusahaan asuransi dalam menentukan premi yang tepat dan manajemen risiko yang efektif.

4. Tantangan dalam Penilaian Risiko

Pandemi COVID-19 menyebabkan peningkatan risiko kesehatan secara umum, yang mempengaruhi penilaian risiko oleh perusahaan asuransi. Ini dapat mengakibatkan kenaikan premi atau bahkan penolakan cakupan bagi individu dengan risiko tinggi.

5. Perubahan dalam Kebutuhan Cakupan

Pandemi telah mengubah kebutuhan cakupan asuransi kesehatan. Misalnya, mungkin ada peningkatan permintaan untuk cakupan terkait dengan perawatan jangka panjang, perawatan kesehatan mental, atau perlindungan terhadap penyakit menular.

6. Peningkatan Penipuan dan Kecurangan

Pandemi menciptakan peluang bagi penipuan asuransi, seperti klaim palsu terkait COVID-19 atau penjualan produk asuransi yang tidak sah.

7. Tantangan Regulasi

Pandemi menyebabkan tantangan baru dalam hal regulasi asuransi kesehatan, termasuk kebutuhan untuk menyesuaikan regulasi untuk mengakomodasi situasi darurat kesehatan masyarakat.

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, perusahaan asuransi dan pemangku kepentingan lainnya perlu bekerja sama untuk mengembangkan solusi yang inovatif dan responsif. Ini termasuk pengembangan produk asuransi yang sesuai dengan kebutuhan pasca-pandemi, penerapan teknologi untuk meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas, serta kerjasama dengan pemerintah dan lembaga lainnya untuk meningkatkan ketahanan sistem kesehatan secara keseluruhan.

B. PERUBAHAN DALAM PERMINTAAN ASURANSI KESEHATAN

a. Peningkatan Kesadaran Masyarakat Tentang Pentingnya Perlindungan Kesehatan.

Peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perlindungan kesehatan adalah langkah penting dalam memastikan kesejahteraan individu dan komunitas secara keseluruhan. Kesadaran ini dapat mencakup pemahaman tentang pentingnya gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, serta akses yang memadai terhadap layanan kesehatan. Untuk meningkatkan kesadaran tersebut, beberapa langkah dapat dilakukan:

1. Pendidikan dan Informasi

Memberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami tentang pentingnya menjaga kesehatan, baik melalui kampanye publik, media sosial, dan penyuluhan langsung.

2. Pengembangan Program Kesehatan

Membangun program-program kesehatan yang menjangkau berbagai segmen masyarakat, termasuk program-program yang menargetkan kelompok rentan.

3. Kerjasama dengan Komunitas dan LSM

Melibatkan komunitas lokal dan organisasi non-pemerintah dalam menyebarkan informasi dan membangun kesadaran akan kesehatan.

4. Promosi Gaya Hidup Sehat

Mendorong gaya hidup sehat melalui kampanye dan program-program yang menekankan pentingnya aktivitas fisik, pola makan sehat, dan manajemen stres.

5. Akses Terhadap Layanan Kesehatan

Memastikan bahwa semua orang memiliki akses yang adil dan terjangkau terhadap layanan kesehatan yang diperlukan.

6. Kemitraan dengan Sektor Swasta

Melibatkan sektor swasta dalam upaya meningkatkan kesadaran kesehatan, baik melalui sponsor, program kemitraan, atau inisiatif tanggung jawab sosial perusahaan.

7. Penggunaan Teknologi

Memanfaatkan teknologi seperti aplikasi kesehatan, platform daring, dan alat kesehatan pintar untuk menyebarkan informasi dan memfasilitasi pemantauan kesehatan secara mandiri.

Dengan melakukan langkah-langkah ini secara terintegrasi, diharapkan dapat terjadi peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perlindungan kesehatan, yang pada akhirnya akan berdampak positif pada kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

b. Permintaan Tambahan Perlindungan Terkait Penyakit Menular Dan Kesehatan Mental.

Permintaan tambahan perlindungan terkait penyakit menular dan kesehatan mental meningkat sebagai respons terhadap berbagai tantangan kesehatan yang dihadapi masyarakat modern. Beberapa langkah yang dapat diambil untuk mengatasi permintaan ini termasuk:

1. Pendidikan dan Kesadaran

Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang risiko penyakit menular dan masalah kesehatan mental, serta pentingnya langkah-langkah pencegahan dan perawatan yang tepat.

2. Layanan Kesehatan yang Terjangkau dan Tersedia

Memastikan bahwa layanan kesehatan yang berkaitan dengan penyakit menular dan kesehatan mental mudah diakses dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

3. Pengembangan Program Pencegahan

Membangun program-program pencegahan yang efektif, seperti vaksinasi dan kampanye kesadaran, untuk mengurangi risiko penularan penyakit dan mengatasi stigmatisasi seputar masalah kesehatan mental.

4. Konseling dan Dukungan

Menyediakan layanan konseling dan dukungan mental yang sesuai untuk individu yang membutuhkan, termasuk dukungan emosional, terapi, dan sumber daya kesehatan mental.

5. Pengembangan Riset

Mendorong penelitian dan pengembangan dalam bidang kesehatan menular dan kesehatan mental untuk meningkatkan pemahaman tentang penyebab, penyebaran, dan pengobatan penyakit serta gangguan mental.

6. Kemitraan dengan Organisasi Non-Pemerintah

Berkolaborasi dengan organisasi non-pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan dukungan sosial bagi individu yang membutuhkan.

7. Advokasi Kebijakan

Mendorong pemerintah dan lembaga terkait untuk mengadopsi kebijakan yang mendukung perlindungan

tambahan terhadap penyakit menular dan kesehatan mental, termasuk penyediaan dana dan sumber daya yang memadai.

Dengan mengambil langkah-langkah ini, diharapkan masyarakat dapat memperoleh perlindungan yang lebih baik terhadap penyakit menular dan masalah kesehatan mental, serta meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

C. PERUBAHAN POLA PENYAKIT YANG DITANGGUNG OLEH ASURANSI KESEHATAN.

Perubahan pola penyakit yang ditanggung oleh asuransi kesehatan dapat terjadi sebagai respons terhadap berbagai faktor, termasuk perubahan gaya hidup, perkembangan medis, dan perubahan lingkungan. Beberapa contoh perubahan pola penyakit yang mungkin memengaruhi asuransi kesehatan meliputi:

1. Peningkatan Penyakit Kronis

Meningkatnya jumlah orang dengan penyakit kronis seperti diabetes, penyakit jantung, dan kanker dapat menyebabkan peningkatan klaim asuransi kesehatan terkait perawatan jangka panjang dan manajemen penyakit.

2. Penyakit menular

Perubahan dalam pola penyakit menular, seperti penyebaran penyakit menular baru atau reemerging, dapat mempengaruhi klaim asuransi kesehatan terkait pengobatan dan perawatan infeksi.

3. Perubahan Epidemiologi

Perubahan dalam pola epidemiologi, seperti pergeseran demografis atau faktor risiko, dapat mempengaruhi prevalensi penyakit tertentu dalam populasi dan akibatnya, klaim asuransi kesehatan.

4. Penyakit Mental

Meningkatnya kesadaran tentang kesehatan mental dan peningkatan jumlah orang yang mencari perawatan untuk gangguan mental dapat mengakibatkan peningkatan klaim asuransi kesehatan terkait konseling, terapi, dan obat-obatan psikiatri.

5. Perubahan Kebijakan Kesehatan

Perubahan dalam kebijakan kesehatan, seperti perubahan dalam cakupan asuransi atau pembayaran layanan kesehatan, dapat memengaruhi jenis penyakit yang ditanggung oleh asuransi kesehatan.

Dalam menghadapi perubahan pola penyakit, penyedia asuransi kesehatan perlu terus memantau tren kesehatan masyarakat dan menyesuaikan strategi mereka, termasuk meninjau cakupan, premi, dan layanan yang mereka tawarkan. Selain itu, upaya pencegahan dan promosi kesehatan juga penting untuk mengurangi beban penyakit dan klaim asuransi kesehatan yang terkait.

D. PENYESUAIAN DALAM PENAWARAN ASURANSI KESEHATAN

a. Perubahan dalam manfaat dan premi asuransi kesehatan.

Perubahan dalam manfaat dan premi asuransi kesehatan bisa dipicu oleh beberapa faktor, termasuk perubahan dalam risiko medis, biaya perawatan kesehatan, dan kebutuhan pelanggan. Berikut beberapa contoh perubahan yang mungkin terjadi:

1. Perubahan Manfaat: Asuransi kesehatan dapat memperluas atau membatasi cakupan manfaat yang disediakan. Misalnya, mereka bisa menambahkan atau menghapuskan

jenis perawatan tertentu, seperti terapi alternatif atau program kesehatan mental.

2. Perubahan Premi: Premi asuransi kesehatan dapat berubah karena faktor-faktor seperti usia, kondisi kesehatan, atau perubahan dalam biaya perawatan medis secara umum. Jika biaya klaim meningkat, perusahaan asuransi mungkin menaikkan premi untuk menutupi risiko tambahan.
3. Pembatasan Jaringan: Perusahaan asuransi kesehatan mungkin mengubah jaringan penyedia layanan kesehatan yang mereka dukung. Ini bisa berarti bahwa kebijakan yang dulunya mencakup penyedia tertentu sekarang tidak lagi melakukannya, atau sebaliknya.
4. Perubahan Pola Pembayaran: Asuransi kesehatan juga bisa mengubah cara pembayaran klaim atau biaya perawatan. Misalnya, mereka bisa memperkenalkan sistem kesehatan berbasis nilai di mana pembayaran terkait dengan hasil perawatan daripada jumlah layanan yang diberikan.
5. Penambahan Fitur Tambahan: Asuransi kesehatan mungkin menambahkan fitur tambahan seperti program kesehatan dan kebugaran, layanan konsultasi medis online, atau manfaat lainnya untuk meningkatkan nilai kebijakan mereka.
6. Perubahan Regulasi: Perubahan dalam peraturan pemerintah atau undang-undang kesehatan juga dapat mempengaruhi manfaat dan premi asuransi kesehatan. Ini bisa termasuk persyaratan baru untuk cakupan minimal atau perlindungan tambahan untuk konsumen.

Memahami perubahan ini penting bagi pemegang polis agar dapat mengambil keputusan yang tepat tentang kebijakan kesehatan mereka. Pemegang polis harus secara teratur memeriksa rincian polis mereka dan berkomunikasi dengan

perusahaan asuransi jika mereka memiliki pertanyaan tentang perubahan apa pun.

b. Kebijakan Baru Dan Regulasi Terkait Asuransi Kesehatan Pasca Pandemi.

Pasca pandemi COVID-19, ada beberapa kebijakan baru dan regulasi terkait asuransi kesehatan yang mungkin diimplementasikan atau dipertimbangkan oleh pemerintah dan regulator. Beberapa dari mereka mungkin termasuk:

1. Perlindungan terhadap Penyakit Menular

Pemerintah mungkin mempertimbangkan untuk memperkenalkan atau memperkuat kebijakan terkait perlindungan terhadap penyakit menular seperti COVID-19 dalam polis asuransi kesehatan. Ini bisa termasuk jaminan cakupan untuk diagnosis, perawatan, dan vaksinasi terkait penyakit menular yang muncul.

2. Penyesuaian Premi dan Manfaat: Regulator asuransi kesehatan dapat meminta perusahaan asuransi untuk menyesuaikan premi dan manfaat kebijakan mereka sebagai tanggapan terhadap perubahan dalam biaya perawatan kesehatan atau risiko penyakit pasca pandemi. Ini bisa mencakup peningkatan cakupan untuk layanan kesehatan mental atau telemedicine.

3. Peningkatan Standar Perlindungan Konsumen: Pemerintah dapat mendorong atau menegakkan standar yang lebih tinggi untuk perlindungan konsumen dalam kebijakan asuransi kesehatan. Ini bisa termasuk peningkatan transparansi dalam informasi kebijakan, pembatasan praktik pemberian penawaran, atau memperkenalkan undang-undang anti-diskriminasi.

4. Pengembangan Program Kesehatan Masyarakat: Pasca pandemi, pemerintah mungkin lebih memperhatikan pengembangan program kesehatan masyarakat untuk

mencegah penyebaran penyakit menular dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Asuransi kesehatan dapat berperan dalam mendukung inisiatif ini melalui dana atau dukungan kebijakan.

5. **Stimulus atau Insentif untuk Asuransi Kesehatan:** Pemerintah dapat memberikan insentif fiskal atau stimulus keuangan untuk mendorong lebih banyak orang untuk membeli asuransi kesehatan. Ini bisa termasuk pembebasan pajak atau subsidi premi asuransi kesehatan untuk kelompok yang berisiko tinggi atau berpenghasilan rendah.
6. **Penyesuaian Ketentuan Khusus Pandemi:** Regulator dapat mengembangkan ketentuan khusus atau program asuransi untuk menangani risiko kesehatan khusus yang terkait dengan pandemi, seperti peningkatan risiko infeksi di tempat kerja atau ketentuan khusus untuk perlindungan kesehatan masyarakat.

Regulasi dan kebijakan asuransi kesehatan pasca pandemi akan sangat bervariasi di setiap negara, tergantung pada tingkat dampak pandemi, sistem kesehatan yang ada, dan prioritas kebijakan pemerintah.

E. DAMPAK EKONOMI DAN SOSIAL

- a. **Dampak pandemi COVID-19 terhadap ekonomi dan pekerjaan.**

Pandemi COVID-19 telah memiliki dampak yang luas dan serius pada ekonomi dan lapangan kerja di seluruh dunia. Berikut adalah beberapa dampak utamanya:

1. **Resesi Ekonomi**

Banyak negara mengalami resesi ekonomi karena pandemi ini. Kegiatan bisnis terganggu karena pembatasan perjalanan, penutupan bisnis, dan perintah untuk tinggal di

rumah. Ini mengakibatkan penurunan drastis dalam produksi dan konsumsi barang dan jasa.

2. **Pemutusan Hubungan Kerja**

Banyak perusahaan terpaksa melakukan pemutusan hubungan kerja (PHK) atau mengurangi jumlah jam kerja karena penurunan permintaan dan kemampuan finansial yang terbatas. Sektor-sektor seperti pariwisata, perhotelan, dan hiburan adalah yang paling terdampak.

3. **Ketidakpastian Pasar Finansial**

Pasar finansial mengalami gejolak yang signifikan, dengan saham-saham jatuh dan investor mencari aset-aset yang lebih aman. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakstabilan ekonomi jangka panjang.

4. **Peningkatan Pengangguran**

Tingkat pengangguran meningkat secara drastis karena banyak bisnis kecil dan besar mengurangi atau menangguhkan kegiatan mereka. Hal ini mempengaruhi terutama pekerja paruh waktu, pekerja lepas, dan pekerja di sektor-sektor terdampak.

5. **Peningkatan Penggunaan Layanan Kesehatan**

Biaya kesehatan meningkat karena pandemi memerlukan perawatan medis yang intensif, seperti pengobatan untuk pasien COVID-19 dan upaya-upaya untuk mencegah penyebaran virus.

6. **Perubahan dalam Pola Konsumsi**

Konsumen mengubah pola pembelian mereka, memberikan preferensi kepada barang-barang yang dianggap penting atau yang dapat meningkatkan kenyamanan di rumah, sementara menunda atau mengurangi pembelian barang-barang mewah atau non-esensial.

7. **Perubahan dalam Model Bisnis**

Banyak bisnis terpaksa beralih ke model bisnis online atau kerja jarak jauh untuk bertahan. Ini memicu inovasi dalam

cara bisnis dijalankan, tetapi juga menciptakan ketidakpastian tentang masa depan model bisnis tradisional.

Dampak pandemi COVID-19 terhadap ekonomi dan pekerjaan masih terus berkembang dan bergantung pada sejumlah faktor, termasuk respons pemerintah, perkembangan vaksinasi, dan evolusi dari virus itu sendiri.

b. Implikasi Ini Terhadap Akses Dan Pemilihan Asuransi Kesehatan Oleh Masyarakat.

Dampak pandemi COVID-19 terhadap ekonomi dan lapangan kerja juga memengaruhi cara masyarakat mengakses dan memilih asuransi kesehatan. Berikut adalah beberapa implikasi yang mungkin terjadi:

1. Peningkatan Kesadaran akan Pentingnya Asuransi Kesehatan

Krisis kesehatan global ini telah meningkatkan kesadaran akan pentingnya memiliki perlindungan kesehatan. Orang-orang mungkin lebih cenderung untuk mencari dan memperoleh asuransi kesehatan untuk melindungi diri mereka dan keluarga mereka dari biaya perawatan medis yang tinggi.

2. Peningkatan Permintaan Asuransi Kesehatan

Dengan meningkatnya kesadaran akan risiko kesehatan dan biaya perawatan medis yang tinggi, permintaan terhadap asuransi kesehatan dapat meningkat. Orang-orang mungkin mencari opsi asuransi yang mencakup perlindungan yang lebih luas, termasuk perlindungan terhadap penyakit menular seperti COVID-19.

3. Perubahan dalam Prioritas Pemilihan Asuransi

Kondisi ekonomi yang sulit dapat mempengaruhi prioritas orang-orang dalam memilih asuransi kesehatan. Mereka mungkin lebih memperhatikan biaya premi dan manfaat

yang diberikan oleh polis asuransi. Beberapa orang mungkin beralih ke rencana yang lebih terjangkau atau mencari program bantuan keuangan untuk membantu membayar premi asuransi.

4. Perubahan dalam Penawaran Produk Asuransi

Perusahaan asuransi mungkin merespons perubahan kebutuhan dan preferensi konsumen dengan menawarkan produk-produk baru atau memodifikasi produk yang ada. Misalnya, mereka dapat menambahkan manfaat tambahan untuk melindungi konsumen dari risiko terkait COVID-19 atau menawarkan opsi pembayaran premi yang lebih fleksibel.

5. Perubahan dalam Regulasi Asuransi

Pemerintah dapat merespons dampak ekonomi dan kesehatan pandemi dengan mengeluarkan peraturan baru atau kebijakan yang memengaruhi industri asuransi kesehatan. Ini bisa termasuk insentif bagi perusahaan asuransi untuk menawarkan cakupan yang lebih luas atau bantuan keuangan kepada individu yang kesulitan membayar premi asuransi.

6. Peningkatan Permintaan untuk Asuransi Kesehatan Digital

Pandemi telah mempercepat adopsi teknologi digital dalam industri asuransi kesehatan. Orang-orang mungkin lebih tertarik pada opsi asuransi kesehatan digital yang memungkinkan mereka untuk mengakses layanan kesehatan secara online atau melalui aplikasi, terutama jika akses ke layanan kesehatan fisik terbatas selama pandemi.

Dalam konteks pandemi COVID-19, akses dan pemilihan asuransi kesehatan menjadi lebih penting dari sebelumnya karena masyarakat ingin melindungi diri mereka dari risiko kesehatan dan biaya perawatan medis yang tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkadir Muhammad, 2015, Hukum Asuransi Indonesia, Cet.6, PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
- Ahmadi Miru, 2018, Hukum Kontrak dan Perancangan Kontrak, Cet.8, Rajawali Pers, Depok.
- Arief Suryono, 2009, “Asuransi Kesehatan Berdasarkan Undang-Undang Nomor 1992,” Jurnal Dinamika Hukum, Vol.9, No.3.
- Denny Guntara, 2016, “Asuransi dan Ketentuan-Ketentuan Hukum Yang Mengaturnya,” Jurnal Justisi Ilmu Hukum, Vol.1, No.1.
- H.M.N. Purwosutjipto, 2003, Pengertian Pokok Hukum Dagang Indonesia, Cet.5, Djambatan, Jakarta.
- Man Suparman Sastrawidjaja, 2003, Aspek-Aspek hukum Asuransi dan Surat Berharga, Cet.2, PT Alumni, Bandung.
- Meiline Fitriani Sumarauw, 2013, “Evaluasi Sistem dan Prosedur Akuntansi Atas Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan Pada PT ASKES (PERSERO),” Jurnal Emba, Vol.1, No.3.
- Mulhadi, 2017, Dasar-Dasar Hukum Asuransi, Cet.1, Rajawali Pers, Depok.
- OJK, 2019, Kajian Perlindungan Konsumen Disektor Jasa Keuangan (Asuransi Kesehatan), Departemen Perlindungan Konsumen, Jakarta
- Neneng Sri Setiawati, 2018, “Perlindungan Hukum Terhadap Pemegang Polis Asuransi Dalam Menyelesaikan Sengketa Klaim Asuransi,” Jurnal Spektrum Hukum, Vol.15, No.1.

PROFIL PENULIS



Indri Setyawati SM., M.Sc.

Penulis lahir pada 15 Maret 1995 di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara. Beliau menempuh pendidikan sarjana di Institut Nitro Makassar, mengambil jurusan manajemen dengan konsentrasi keuangan. Kemudian, beliau menyelesaikan studi magister di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dalam jurusan dan konsentrasi yang sama, yaitu manajemen keuangan. Saat ini, Indri Setyawati merupakan salah satu dosen di Universitas Mandala Waluya, sebuah universitas swasta di Kota Kendari, Sulawesi Tenggara, di mana beliau mengajar di program studi S1 Kewirausahaan dan menjadi dosen pengampu mata kuliah kewirausahaan kesehatan pada dasar universitas. Bidang penelitian dan pengabdian masyarakatnya fokus pada literasi keuangan, UMKM, dan pembelajaran kewirausahaan, menggunakan model desain thinking dan business model canvas, yang berfokus pada wilayah pesisir dan pertambangan di Sulawesi Tenggara.

BAB 5

PENYAKIT DAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT KEMISKINAN

Noor Alis Setiyadi
Department of Public Health, Faculty of Health Science
Universitas Muhammadiyah Surakarta Indonesia
E-mail: Noor.Setyadi@ums.ac.id

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan suatu kondisi yang kompleks dan multidimensi, yang secara luas diartikan sebagai ketidakcukupan sumber daya ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup. Dalam pengertian yang lebih luas, kemiskinan tidak hanya mencakup kekurangan finansial tetapi juga melibatkan ketidakcukupan akses ke pendidikan, perawatan kesehatan, dan peluang sosial yang memadai, yang bersama-sama berkontribusi terhadap kualitas hidup yang rendah. Faktor-faktor ini saling terkait dan memperburuk kondisi satu sama lain, sehingga menciptakan lingkaran setan kemiskinan yang sulit untuk dipecahkan. Kemiskinan dalam arti sempit lebih terfokus pada pengukuran pendapatan dan konsumsi, seperti yang sering diwakili oleh garis kemiskinan internasional. Namun, kedua definisi ini mengakui bahwa kemiskinan lebih dari sekadar kekurangan uang, melainkan sebuah keadaan yang menyangkut deprivasi ekonomi dan sosial yang luas.

Di tingkat global, kemiskinan telah terbukti memiliki hubungan yang erat dengan berbagai masalah kesehatan. Penyakit yang diakibatkan oleh atau berkorelasi dengan kondisi kemiskinan—seperti malnutrisi, tuberkulosis, dan malaria—lebih sering terjadi di kalangan masyarakat miskin yang kekurangan akses ke layanan kesehatan yang memadai. Di

banyak negara berkembang, penyakit-penyakit tersebut terus menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas, menekankan perlunya strategi kesehatan masyarakat yang inklusif dan intervensi yang ditargetkan untuk mengatasi akar penyebab kemiskinan. Situasi di Indonesia tidak jauh berbeda dengan gambaran global tersebut. Dalam konteks domestik, banyak daerah, terutama di Indonesia Timur, menunjukkan korelasi yang kuat antara kemiskinan dengan tingkat kesehatan yang buruk. Pemahaman yang mendalam tentang hubungan antara kemiskinan dan kesehatan adalah kunci untuk mengembangkan solusi yang efektif dan berkelanjutan yang tidak hanya mengatasi gejala tetapi juga penyebab utama dari kedua isu tersebut.

KONSEP KEMISKINAN DAN LATAR BELAKANGNYA

A. Kemiskinan dan Keterkaitannya dengan Kesehatan

Kemiskinan adalah kondisi di mana individu atau kelompok tidak memiliki akses yang cukup terhadap sumber daya ekonomi, seperti uang, pendidikan, dan pekerjaan yang layak (Malthus, 2013). Kondisi ini melampaui hanya tidak memiliki cukup uang dan termasuk faktor seperti kurangnya akses ke pendidikan, perawatan kesehatan, dan kegiatan rekreasi. Kemiskinan bervariasi di berbagai wilayah dan memiliki konsekuensi negatif bagi masyarakat secara keseluruhan. Menurut Bank Dunia, 712 juta orang hidup dalam kemiskinan ekstrem, bertahan hidup dengan kurang dari \$2,15 per hari. Meskipun ada kemajuan, upaya global untuk mengurangi kemiskinan menghadapi tantangan, seperti pandemi COVID-19 dan konflik (Government of New Brunswick, 2010; Hasell et al., 2023; Staff, 2024).

Kemiskinan berdampak negatif terhadap kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung (Putri et al., 2019). Faktor-faktor seperti kondisi lingkungan yang tidak sehat, akses

terbatas terhadap layanan kesehatan, dan stres ekonomi menyebabkan hubungan antara kemiskinan dan kesehatan (Widodo & Herlambang, 2024). Program bantuan sosial yang memperhatikan aspek kesehatan penting untuk mengatasi kemiskinan (Lalu & Sarifudin, 2019).

B. Pengaruh Kemiskinan terhadap Akses Layanan Kesehatan

Kemiskinan secara signifikan menghalangi akses ke layanan kesehatan, menyebabkan penundaan perawatan dan penurunan perawatan pencegahan, serta memburuknya hasil kesehatan secara keseluruhan. Faktor-faktor seperti kekurangan ekonomi, isolasi geografis, dan infrastruktur yang tidak memadai memperburuk tantangan ini (Amri & Sihotang, 2023; Murray et al., 2022). "Memperbaiki akses ke perawatan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau di negara-negara berkembang adalah tantangan besar," menurut Christophe Paquet, yang mencatat pentingnya bantuan internasional dalam mengatasi tantangan ini.

C. Situasi Global Kemiskinan dan Kesehatan

Penelitian tentang kemiskinan dan kesehatan menunjukkan hubungan kompleks antara kedua masalah ini di berbagai negara dan wilayah geografis (Chen et al., 2022; Khan & Hussain, 2020; Mustafa et al., 2021). Pentingnya pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan dan kesehatan dalam mengurangi tingkat kemiskinan telah ditekankan (Sapriyadi, 2022). Kesetaraan dalam layanan kesehatan dapat membantu mengurangi kemiskinan (Tang et al., 2021; Zhao et al., 2019). Edukasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat juga penting dalam meningkatkan literasi kesehatan (Li et al., 2023). Kebijakan dan intervensi pemerintah diperlukan untuk mengatasi

ketidaksetaraan kesehatan dan variabilitas iklim yang memengaruhi kemiskinan (Khan et al., 2023).

D. Situasi Indonesia tentang Kemiskinan dan Kesehatan

Penelitian di Indonesia menunjukkan hubungan kompleks antara kemiskinan dan kesehatan, dengan fokus pada pengukuran kemiskinan multidimensi yang mencakup pendidikan, kesehatan, dan standar hidup (Atur Rejeki, 2023). Dampak pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur terhadap tingkat kemiskinan, terutama di Indonesia Timur, juga telah diteliti (Sayyidina, 2023). Ketimpangan pendapatan diketahui memperburuk kesenjangan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan (Onsay, 2022). Efektivitas alokasi dana pemerintah dalam mengurangi kemiskinan telah menjadi subjek studi (Sayyidina, 2023).

Infrastruktur sosial seperti jalan, listrik, air bersih, pusat kesehatan, dan sekolah berperan penting dalam mengatasi kemiskinan pedesaan di Indonesia (Naufal et al., 2023). Kurangnya akses terhadap layanan dasar ini di daerah pedesaan telah diidentifikasi sebagai faktor yang signifikan berkontribusi pada kemiskinan di Indonesia (Naufal et al., 2023). Pentingnya pendidikan dan kesehatan dalam mempengaruhi tingkat kemiskinan di Indonesia Timur juga perlu ditekankan (Tubaka, 2019). Telah dikaji korelasi antara tingkat pendidikan dan pertumbuhan penduduk terhadap tingkat kemiskinan, dengan beberapa provinsi masih berjuang dengan tingkat kemiskinan di atas 10% (Cahyo et al., 2022).

Insiden dan intensitas beban keuangan terkait kesehatan yang tinggi di Indonesia menunjukkan dampak signifikan terhadap kemiskinan (Aji et al., 2017). Dinamika kemiskinan juga dinilai sebagai tantangan yang signifikan (Rahayu et al., 2020). Hubungan antara kebiasaan merokok dan kemiskinan, yang menunjukkan bahwa konsumsi rokok memperburuk

kemiskinan, telah dieksplorasi (Lubis et al., 2022). Perlunya intervensi yang ditargetkan dalam pendidikan, kesehatan, infrastruktur, dan kesejahteraan sosial untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan hasil kesehatan di Indonesia sangat ditekankan.

E. Kemiskinan dan Dampaknya terhadap Kejadian Penyakit

Dampak kemiskinan pada penyakit menular telah diakui sejak abad ke-19, dengan kemiskinan absolut berperan penting dalam menentukan hasil kesehatan (Braveman, 2011). Kemiskinan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan, termasuk akses ke layanan kesehatan dan sanitasi (OECD et al., 2003). Penyakit seperti kekurangan gizi, tuberkulosis, dan penyakit menular lainnya erat terkait dengan kerugian ekonomi (Adeyeye et al., 2023; Bhutta et al., 2014). Kemiskinan berpengaruh signifikan terhadap hasil penyakit, termasuk risiko penyakit mental yang lebih tinggi (Brandow et al., 2020).

Kemiskinan berkontribusi pada akumulasi kerusakan penyakit pada lupus eritematosus sistemik (Yelin et al., 2017). Efek jangka panjang dari kemiskinan masa kanak-kanak pada kesehatan orang dewasa telah menunjukkan bagaimana kemiskinan memengaruhi insiden dan prevalensi penyakit kronis di masa dewasa (Islam, 2024). Kemiskinan juga dikaitkan dengan hasil kesehatan mental yang merugikan, termasuk depresi dan gangguan kesehatan mental lainnya (Groh, 2007; Burns, 2015). Interaksi antara kemiskinan dan penyakit kronis menciptakan siklus yang memperburuk dampak sosial-ekonomi dan kesehatan (Sapkota et al., 2020).

Mengatasi kemiskinan sebagai penentu utama hasil kesehatan dan menerapkan intervensi yang ditargetkan untuk mengurangi efek buruk kemiskinan terhadap prevalensi penyakit dan kesenjangan kesehatan penting. Penyakit yang terjadi

sebagai akibat dari kemiskinan, sering disebut sebagai penyakit terkait kemiskinan (PRD), mencakup kondisi yang lebih umum di masyarakat miskin karena akses yang tidak memadai ke perawatan kesehatan, kekurangan gizi, dan kondisi kehidupan yang buruk. Kondisi kronis seperti hipertensi, stroke, dan radang sendi juga dikaitkan dengan kemiskinan, dengan tingkat penyakit kardiovaskular yang lebih tinggi di lingkungan berpenghasilan rendah (Essien et al., 2021).

Hubungan kompleks antara kemiskinan dan penyakit menggarisbawahi perlunya intervensi yang ditargetkan untuk mengatasi faktor penentu sosial kesehatan dan mengurangi ketidaksetaraan kesehatan. Dengan memahami penyakit spesifik yang dipengaruhi oleh kemiskinan dan menerapkan strategi komprehensif untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan akses ke perawatan kesehatan, kita dapat mengurangi dampak penyakit terkait kemiskinan dan meningkatkan hasil kesehatan bagi populasi yang rentan.

MEKANISME HUBUNGAN KEMISKINAN DAN PENYAKIT

A. Kemiskinan dan Malnutrisi

Kemiskinan dan malnutrisi adalah dua masalah yang saling terkait dan mempengaruhi kesejahteraan masyarakat. Kemiskinan sering kali menjadi penyebab utama masalah malnutrisi, terutama dalam sistem ekonomi kapitalis-neoliberal kontemporer (Mutmainnah, 2024; Simanjuntak & Erwinskyah, 2020). Malnutrisi akut berat pada balita dapat diatasi dengan produk Ready to Use Therapeutic Food (RUTF) (Novia et al., 2022), dan WHO telah mengenali daun Kelor sebagai pangan alternatif yang bergizi (Najihudin, 2023). Strategi penanggulangan kemiskinan mencakup pembangunan fisik dan non-fisik serta kerja sama internasional (Issundari & Yani, 2021). Pemberdayaan masyarakat melalui usaha mikro kecil

menengah (UMKM) juga penting dalam upaya ini (Budiman, 2023; Indika & Marliza, 2019). Pendekatan holistik dan terkoordinasi penting dalam penanggulangan kemiskinan dan malnutrisi di Indonesia, melibatkan pemberdayaan, pengembangan produk pangan bergizi, serta peran pekerja sosial dan lembaga keuangan mikro (Hardisman, 2011; Poluakan & Nurwati, 2019).

B. Defisiensi Zat Besi, Yodium, dan Vitamin A di Negara Miskin

Kekurangan zat besi, yodium, dan vitamin A adalah masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kekurangan ini terjadi akibat asupan yang buruk, infeksi parasit, dan kehilangan darah kronis (Camaschella, 2015). Kekurangan vitamin A meningkatkan insiden penyakit menular dan adalah masalah nutrisi utama (Bjersing et al., 2002). Mikronutrien seperti zat besi, seng, dan vitamin A sangat penting karena kekurangannya membahayakan kapasitas fisik dan kognitif, berkontribusi pada kemiskinan dan keterbelakangan (Mildon et al., 2015). Kekurangan ini memerlukan strategi komprehensif yang meliputi peningkatan asupan makanan dan program suplementasi (Beal & Ortenzi, 2021). Suplementasi selama kehamilan sangat penting untuk hasil kesehatan ibu dan anak (Oh et al., 2020).

C. Kesehatan Mental dan Kemiskinan

Kesehatan mental dan kemiskinan memiliki hubungan erat, dimana satu kondisi sering memperburuk yang lain. Individu yang hidup dalam kemiskinan lebih mungkin mengalami masalah kesehatan mental karena stres, kurangnya akses ke sumber daya, dan isolasi sosial (Adriana & Graça, 2016). Kemiskinan merupakan faktor risiko tinggi untuk gangguan

mental (Kigozi & Ssebunnya, 2009). Tantangan ekonomi seperti kemiskinan, pengangguran, dan tekanan finansial sering kali menjadi penyebab dan konsekuensi penyakit mental (Hawkins et al., 2020). WHO menekankan bahwa masalah kesehatan mental adalah penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dengan kemiskinan sebagai faktor utama (Beeber, 2007). Anak-anak berpenghasilan rendah sering menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan mental yang komprehensif (Harden & Slopen, 2022). Pentingnya memahami persyaratan kesehatan mental spesifik dari berbagai komunitas untuk mengurangi kesenjangan kesehatan (Byck et al., 2013) sangat krusial dalam mengembangkan intervensi yang ditargetkan untuk meningkatkan kesejahteraan populasi yang rentan.

D. Dampak Ekonomi Penyakit Akibat Kemiskinan

Dalam kajian ekonomi kesehatan, penyakit tidak hanya memengaruhi individu tetapi juga berdampak luas pada ekonomi. Penyakit menyebabkan peningkatan biaya pengobatan dan perawatan yang harus ditanggung baik oleh pemerintah maupun individu yang terkena penyakit, membebani sistem kesehatan dan menghambat produktivitas, yang pada gilirannya menghambat pertumbuhan ekonomi.

Penyakit yang disebabkan oleh kemiskinan memberikan beban ekonomi yang signifikan pada rumah tangga yang rentan. Biaya kesehatan yang tinggi sering kali menjadi penyebab kebangkrutan dan menjadi hambatan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan, sebagaimana ditunjukkan oleh Borde et al. (2020). Di Ethiopia, pembayaran langsung yang tinggi untuk pengobatan dapat menyebabkan risiko keuangan yang serius, mendorong lebih banyak individu ke dalam kemiskinan dan menurunkan pemanfaatan layanan kesehatan (Borde et al., 2020). Sementara itu, di Bangladesh, biaya kesehatan yang

tinggi telah terbukti meningkatkan tingkat kemiskinan (Kabir et al., 2019).

Pertumbuhan ekonomi memainkan peran kunci dalam mengurangi kemiskinan, terutama melalui proses industrialisasi yang dapat memediasi efek pertumbuhan terhadap pengurangan kemiskinan. Karahasan (2023) mengacu pada data dari Groningen Growth and Development Centre dan UNU-WIDER Economic Transformation Database yang menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi secara langsung mengurangi kemiskinan, dengan efek penuhnya muncul dari peran mediasi industrialisasi. Malnutrisi juga dapat mengancam stabilitas ekonomi dan membuat negara lebih rentan terhadap kemiskinan, seperti yang dianalisis oleh Siddiqui et al. (2020).

Dampak kesehatan dan ekonomi penyakit yang disebabkan oleh kemiskinan menyiratkan perlunya upaya untuk mengurangi kemiskinan yang didukung oleh pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan kebijakan sosial yang memperhatikan akses ke layanan kesehatan yang terjangkau. Ini menunjukkan pentingnya integrasi kebijakan kesehatan dengan strategi pengurangan kemiskinan untuk mencapai kesejahteraan yang lebih besar dan stabilitas ekonomi yang berkelanjutan.

KESIMPULAN

Mengidentifikasi dan menangani kemiskinan di Indonesia merupakan langkah penting untuk mengurangi berbagai masalah sosial dan kesehatan yang saling terkait. Keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan terlihat jelas melalui dampak langsung kemiskinan terhadap akses ke nutrisi yang memadai, layanan kesehatan, dan kondisi hidup yang sehat. Upaya untuk mengatasi kemiskinan harus melibatkan peningkatan akses ke pendidikan dan layanan kesehatan, serta pengembangan infrastruktur yang mendukung.

Di sisi lain, dampak penyakit yang diakibatkan oleh kemiskinan juga menekankan perlunya intervensi yang lebih luas dan terintegrasi. Penyakit terkait kemiskinan tidak hanya memperburuk kondisi kesehatan masyarakat, tetapi juga menambah beban ekonomi yang pada akhirnya memperdalam siklus kemiskinan. Oleh karena itu, strategi pengentasan kemiskinan harus secara simultan menargetkan peningkatan akses ke layanan kesehatan dan pengurangan risiko penyakit. Implementasi kebijakan kesehatan yang inklusif dan aksesibel akan berperan vital dalam memutus rantai kemiskinan dan penyakit di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeyeye, S. A. O., Ashaolu, T. J., Bolaji, O. T., Abegunde, T. A., & Omoyajowo, A. O. (2023). Africa and the Nexus of poverty, malnutrition and diseases. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 63(5), 641–656. <https://doi.org/10.1080/10408398.2021.1952160>
- Adriana, L., & Graça, Cardoso. "Social determinants of mental health: a review of the evidence. (2016). *Social determinants of mental health: A review of the evidence*.
- Aji, B., Mohammed, S., Haque, E., & Allegri, M. D. (2017). The Dynamics of Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Indonesia: How Well Does the Indonesian Health Care Financing System Perform? *Asia Pacific Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1010539517729778>
- Amri, S., & Sihotang, J. (2023). Impact of Poverty Reduction Programs on Healthcare Access in Remote Areas: Fostering Community Development for Sustainable Health. *Law and Economics*, 17(3), Article 3. <https://doi.org/10.35335/laweco.v17i3.43>

- Atur Rejeki, P. W. (2023). *Multidimensional Poverty in Indonesia Period 2015–2018*. https://doi.org/10.2991/978-2-38476-104-3_42
- Bailey, R. L., West, K. P., & Black, R. E. (2015). The Epidemiology of Global Micronutrient Deficiencies. *Annals of Nutrition and Metabolism*. <https://doi.org/10.1159/000371618>
- Beal, T., & Ortenzi, F. (2021). *Priority Micronutrient Density in Foods*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-701840/v3>
- Beeber, L. S. (2007). Living in Health and Mental Health Despite Poverty. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/1078390307302220>
- Bhutta, Z. A., Sommerfeld, J., Lassi, Z. S., Salam, R. A., & Das, J. K. (2014). Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. *Infectious Diseases of Poverty*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-21>
- Bjersing, J., Telemo, E., Dahlgren, U., & Hanson, L. Å. (2002). Loss of Ileal IgA+ Plasma Cells and of CD4+ Lymphocytes in Ileal Peyer's Patches of Vitamin a Deficient Rats. *Clinical & Experimental Immunology*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2249.2002.02009.x>
- Borde, M. T., Loha, E., Johansson, K. A., & Lindtjørn, B. (2020). Financial Risk of Seeking Maternal and Neonatal Healthcare in Southern Ethiopia: A Cohort Study of Rural Households. *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01183-7>
- Brandom, C. L., Swarbrick, M., & Nemec, P. B. (2020). Rethinking the Causes and Consequences of Financial Wellness for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900323>

- Braveman, P. (2011). Accumulating Knowledge on the Social Determinants of Health and Infectious Disease. *Public Health Reports*.
<https://doi.org/10.1177/00333549111260s306>
- Budiman, S. (2023). Pemberdayaan Masyarakat Dalam Mengatasi Kemiskinan Melalui Penganekaragaman Konsumsi Pangan Berbasis Sumber Daya Lokal. *Khaliyan-Jan*. <https://doi.org/10.61471/ko-jan.v1i2.20>
- Burns, J. K. (2015). Poverty, Inequality and a Political Economy of Mental Health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
<https://doi.org/10.1017/s2045796015000086>
- Byck, G. R., Bolland, J. M., Dick, D. M., Ashbeck, A. W., & Mustanski, B. (2013). Prevalence of Mental Health Disorders Among Low-Income African American Adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0657-3>
- Cahyo, B. D., Setyowati, A. S., & Prabowo, A. (2022). Pearson Correlation Between Education Level and Population Growth on Poverty in Central Java, 2019-2021. *International Journal of Business Economics and Social Development*. <https://doi.org/10.46336/ijbesd.v3i4.349>
- Camaschella, C. (2015). Iron Deficiency: New Insights Into Diagnosis and Treatment. *Hematology*.
<https://doi.org/10.1182/asheducation-2015.1.8>
- Chen, X., Zhou, T., & Wang, D. (2022). The Impact of Multidimensional Health Levels on Rural Poverty: Evidence From Rural China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19074065>
- Essien, U. R., McCabe, M., Kershaw, K. N., Youmans, Q. R., Fine, M. J., Yancy, C. W., & Khan, S. S. (2021). Association Between Neighborhood-Level Poverty and Incident Atrial Fibrillation: A Retrospective Cohort Study.

- Journal of General Internal Medicine.*
<https://doi.org/10.1007/s11606-021-06976-2>
- Flentje, A., Shumway, M., Wong, L., & Riley, E. D. (2017). Psychiatric Risk in Unstably Housed Sexual Minority Women: Relationship Between Sexual and Racial Minority Status and Human Immunodeficiency Virus and Psychiatric Diagnoses. *Women S Health Issues.* <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.005>
- Ghafoori, B., Fisher, D. G., Koresteleva, O., & Hong, M. (2014). Factors Associated With Mental Health Service Use in Urban, Impoverished, Trauma-Exposed Adults. *Psychological Services.* <https://doi.org/10.1037/a0036954>
- Government of New Brunswick, C. (2010, October 26). *What is poverty? - Economic and Social Inclusion Corporation.* https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/esic/overview/content/what_is_poverty.html
- Groh, C. J. (2007). Poverty, Mental Health, and Women: Implications for Psychiatric Nurses in Primary Care Settings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* <https://doi.org/10.1177/1078390307308310>
- Harden, B. J., & Slopen, N. (2022). Inequitable Experiences and Outcomes in Young Children: Addressing Racial and Social-Economic Disparities in Physical and Mental Health. *Annual Review of Developmental Psychology.* <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121020-031515>
- Hardisman, H. (2011). Peranan Pemberdayaan Perempuan Dan Analisis Gender Pada Penentuan Kebijakan Pengentasan Malnutrisi Anak Di Indonesia. *Kesmas National Public Health Journal.* <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i1.112>
- Hasell, J., Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Arriagada, P. (2023). Poverty. *Our World in Data.* <https://ourworldindata.org/poverty>

- Hawkins, C., Bwanika, J. M., & Ibanda, M. (2020). Socio-Economic Factors Associated With Mental Health Disorders in Fort Portal, Western Uganda. *South African Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1391>
- Indika, M., & Marliza, Y. (2019). Upaya Upaya Pemberdayaan Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM) Dalam Mengatasi Kemiskinan Di Kecamatan Tugumulyo Kabupaten Musi Rawas. *Mbia*. <https://doi.org/10.33557/mbia.v18i3.598>
- Iqbal, N., & Nawaz, S. (2022). Spatial Differences and Socioeconomic Determinants of Health Poverty. *The Pakistan Development Review*.
<https://doi.org/10.30541/v56i3pp.221-248>
- Islam, Md. D. (2024). *Does Childhood Poverty Affect Health Conditions in the Adulthood? Evidence From a Longitudinal Survey in Bangladesh*.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3861329/v1>
- Kabir, A., Datta, R. L., Raza, S. H., & Maîtrot, M. (2019). Health Shocks, Care-Seeking Behaviour and Coping Strategies of Extreme Poor Households in Bangladesh's Chittagong Hill Tracts. *BMC Public Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7335-7>
- Karahasan, B. C. (2023). To Make Growth Reduce Poverty, Industrialize: Using Manufacturing to Mediate the Effect of Growth on Poverty. *Development Policy Review*.
<https://doi.org/10.1111/dpr.12689>
- Khan, S. U., & Hussain, I. (2020). Inequalities in Health and Health-Related Indicators: A Spatial Geographic Analysis of Pakistan. *BMC Public Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09870-4>
- Khan, S. U., Sheikh, M. R., Dimen, L., Batool, H., Abbas, A., & Nuță, A. C. (2023). Nexus Between Health Poverty and Climatic Variability in Pakistan: A Geospatial Analysis.

- Frontiers in Environmental Science.*
<https://doi.org/10.3389/fenvs.2023.1180556>
- Kigozi, F., & Ssebunya, J. (2009). Chronic Poverty, Wars and Mental Health: The East African Perspective. *International Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/s1749367600000382>
- Lalu, A. P., & Sarifudin, Serif. "Identifikasi karakteristik dan profil kemiskinan di P. L. B. perumusan intervensi kebijakan. (2019). *Identifikasi karakteristik dan profil kemiskinan di Pulau Lombok: Basis perumusan intervensi kebijakan*.
- Li, B., Huang, Y., Ling, C., Jiao, F., Fu, H., & Deng, R. (2023). The Effect of Community-Based Health Education Programs on Health Literacy in Severely Impoverished Counties in Southwestern China: Results From a Quasi-Experimental Design. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1088934>
- Lubis, A., Bukhori Ahmad, M. R., Wibowo, M. G., & Zahra, A. N. (2022). The Impact of Smoking on Poverty: Evidence From Indonesia. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*. <https://doi.org/10.29259/jep.v19i2.16339>
- Malthus, T. R. (2013). *An Essay on the Principle of Population*. Cosimo, Inc.
- Mildon, A., Klaas, N., O'Leary, M., & Yiannakis, M. (2015). Can Fortification Be Implemented in Rural African Communities Where Micronutrient Deficiencies Are Greatest? Lessons From Projects in Malawi, Tanzania, and Senegal. *Food and Nutrition Bulletin*. <https://doi.org/10.1177/156482651503600101>
- Murray, P. M., Sepulveda, A., & Baird, J. (2022). Longitudinal impact of a poverty simulation on healthcare practitioners' attitudes towards poverty. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.016>

- Mustafa, K., Nosheen, M., & Khan, A. U. (2021). Dynamic Reflections of Multidimensional Health Poverty in Pakistan. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258947>
- Mutmainnah, I. (2024). Peranan Umkm Dalam Upaya Pengurangan Angka Pengangguran Sebagai Langkah Awal Pembangunan Perekonomian. *Jdedte*. <https://doi.org/10.59407/jdedte.v1i1.461>
- Najihudin, A. (2023). KARAKTERISASI DAN STUDI PENAPISAN FITOKIMIA DAUN KELOR (Moringa Oleifera L.) ASAL GARUT JAWA BARAT. *Medical Sains Jurnal Ilmiah Kefarmasian*. <https://doi.org/10.37874/ms.v8i2.761>
- Naufal, H. A., Mulyanto, M., & Suryanto, S. (2023). The Effect of Social Infrastructure on Rural Poverty in Indonesia with The Village Development Index As Moderation Variable. *Eko-Regional: Jurnal Pembangunan Ekonomi Wilayah*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.32424/1.erjpe.2023.18.1.3340>
- Norsa, L., Zazzeron, L., Cuomo, M., Claut, L., Bulfamante, A., Biffi, A., & Colombo, C. (2019). Night Blindness in Cystic Fibrosis: The Key Role of Vitamin a in the Digestive System. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu11081876>
- Novia, R., Setiawan, B., & Marllyati, S. A. (2022). PENGEMBANGAN PRODUK READY TO USE THERAPEUTIC FOOD (RUTF) BERBENTUK BAR BERBAHAN KACANG HIJAU, SEREALIA, DAN MINYAK NABATI
<i> Development of Ready to Use Therapeutic Food (RUTF) Bar Product Made From Mungbean, Cereal, and Vegetable Oils </i></Br> *Media Gizi Indonesia*. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1.21-32>

- OECD, OECD, Weltgesundheitsorganisation, & Weltgesundheitsorganisation (Eds.). (2003). *Poverty and health*. OECD.
- Oh, C., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy on Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low-And Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu12020491>
- Onsay, E. A. (2022). Poverty Profile and Health Dynamics of Indigenous People. *International Review of Social Sciences Research*. <https://doi.org/10.53378/352876>
- Poluakan, M. V., & Nurwati, N. (2019). Peran Pekerja Sosial Dalam Mengatasi Kemiskinan Kultural Di Indonesia. *Sosio Informa*. <https://doi.org/10.33007/inf.v5i3.1773>
- Putri, A., Firman, F., & Rusdinal, Rusdinal. "Kemiskinan dalam perspektif ilmu sosiologi. (2019). *Kemiskinan dalam perspektif ilmu sosiologi*.
- Rahayu, H. C., Sarungu, J. J., Hakim, L., Soesilo, A. M., Lestari, E. P., Astuti, D., & Retnaningsih, T. K. (2020). *Dynamic Panel Data Analysis of Poverty in Indonesia*. <https://doi.org/10.2991/aebmr.k.200522.028>
- Sapkota, T., Houkes, I., & Bosma, H. (2020). Vicious Cycle of Chronic Disease and Poverty: A Qualitative Study in Present Day Nepal. *International Health*. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa016>
- Sapriyadi, S. (2022). Impact of Government Public Expenditure on Poverty Level in South Sulawesi Province. *Jurnal Rep (Riset Ekonomi Pembangunan)*. <https://doi.org/10.31002/rep.v7i2.62>
- Sayyidina, N. A. (2023). The Effect of Government Expenditure in the Education Sector, Human Development Index, and Economic Growth on Poverty Rate in Eastern Indonesia.

Journal of Business and Economics Research (Jbe).
<https://doi.org/10.47065/jbe.v4i2.3559>

Siddiqui, F., Salam, R. A., Lassi, Z. S., & Das, J. K. (2020). The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. *Frontiers in Public Health.* <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00453>

Simanjuntak, A. H., & Erwinskyah, R. G. (2020). Kesejahteraan Petani Dan Ketahanan Pangan Pada Masa Pandemi Covid-19: Telaah Kritis Terhadap Rencana Megaprojek Lumbung Pangan Nasional Indonesia. *Sosio Informa.* <https://doi.org/10.33007/inf.v6i2.2332>

Staff, W. V. (2024, July 29). Global poverty: Facts, FAQs, and how to help. *World Vision.* <https://www.worldvision.org/sponsorship-news-stories/global-poverty-facts>

Tang, S., Yao, L., Ye, C., Li, Z., Yuan, J., Tang, K., & Qian, D. (2021). Can Health Service Equity Alleviate the Health Expenditure Poverty of Chinese Patients? Evidence From the CFPS and China Health Statistics Yearbook. *BMC Health Services Research.* <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06675-y>

“*The Big Challenge is to Improve Poor Countries’ Health Care Systems*” – Christophe Paquet. (n.d.). Retrieved August 7, 2024, from <https://www.afd.fr/en/actualites/big-challenge-improve-poor-countries-health-care-systems-christophe-paquet>

Tubaka, S. (2019). Analisis Kemiskinan Di Kawasan Timur Indonesia. *Jurnal Cita Ekonomika.* <https://doi.org/10.51125/citaekonomika.v13i2.2615>

Vetter, S., Endrass, J., Ivo, S., Teng, H., Rössler, W., & Gallo, W. T. (2006). The Effects of Economic Deprivation on Psychological Well-Being Among the Working Population

- of Switzerland. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-223>
- Wang, Y., Jia, S., Qi, W., & Huang, C. (2022). Examining Poverty Reduction of Poverty-Stricken Farmer Households Under Different Development Goals: A Multiobjective Spatio-Temporal Evolution Analysis Method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912686>
- Widodo, A., & Herlambang, B. A. (2024). Sistem Informasi Geografis Sebaran Stunting Dan Tingkat Kemiskinan Di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2023. *JURNAL PENELITIAN SISTEM INFORMASI (JPSI)*, 2(1), 55–63. <https://doi.org/10.54066/jpsi.v1i4.1457>
- Yadav, R., Patial, A., Bharti, B., Attri, S. V., & Bhatia, P. (2021). Dietary Vitamin a Intake, Coverage of Vitamin a Megadose Supplementation, and Prevalence of Vitamin a Deficiency Among Marginalized Children 6–59 Months in Anganwadis of Chandigarh: A Multistage Cluster Sampling Survey. *Indian Journal of Community Medicine*. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_650_20
- Yelin, E. H., Trupin, L., & Yazdany, J. (2017). A Prospective Study of the Impact of Current Poverty, History of Poverty, and Exiting Poverty on Accumulation of Disease Damage in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatology*. <https://doi.org/10.1002/art.40134>
- Zhao, Y., Oldenburg, B., Mahal, A., Lin, Y., Tang, S., & Liu, X. (2019). Trends and Socio-economic Disparities in Catastrophic Health Expenditure and Health Impoverishment in China: 2010 to 2016. *Tropical Medicine & International Health*. <https://doi.org/10.1111/tmi.13344>
- Zhi, Z., & Zhao, F. (2021). Route Study on Patterns of Poverty Alleviation Through Vocational Education Under the

Background of Rural Vitalization. *Poverty & Public Policy*.
<https://doi.org/10.1002/pop4.298>

PROFIL PENULIS



Noor Alis Setiyadi, S.K.M., M.K.M., Dr.PH

Penulis adalah dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, dengan jabatan fungsional sebagai Lektor, yang saat ini menjabat sebagai Wakil Dekan III. Beliau memiliki latar belakang pendidikan dalam bidang kesehatan masyarakat yang solid, dimulai

dari S-1 di Universitas Diponegoro, S-2 di Universitas Indonesia, hingga meraih gelar Doktor dari Khon Kaen University, Thailand. Minat penelitian Dr. Noor Alis Setiyadi mencakup berbagai aspek penting dalam kesehatan masyarakat, seperti tuberkulosis dan program pengendalian penyakit, manajemen informasi kesehatan, serta kualitas hidup dan kesejahteraan. Beliau juga memiliki ketertarikan yang mendalam dalam pengembangan dan implementasi sistem informasi kesehatan, yang menjadi kunci dalam meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan.

BAB 6

PRODUKTIVITAS DAN KESEHATAN

Noor Latifah Amin
Universitas Muhammadiyah Jakarta, Tangerang Selatan
E-mail: n.latifaha@umj.ac.id

PENDAHULUAN

Sumber daya manusia (SDM) memegang peran penting sebagai elemen sentral dalam keberhasilan suatu organisasi. Setiap organisasi, dengan visi yang jelas, membutuhkan SDM yang efektif untuk melaksanakan misinya melalui fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pengendalian. SDM yang kompeten esensial untuk menjaga kelancaran operasional organisasi, baik dalam tugas teknis maupun non-teknis. Di era globalisasi yang dinamis, pemeliharaan dan peningkatan produktivitas karyawan menjadi kunci untuk memastikan organisasi tetap kompetitif dan mencapai tujuan secara efektif (Dwi Haryo & Djoko, 2018).

Produktivitas dapat diartikan sebagai kemampuan efektif dan efisien sebuah organisasi dalam memanfaatkan sumber dayanya untuk menghasilkan output (Kurniawan & Cahyaningtyas, 2021). Produktivitas bukan hanya merupakan hasil dari jumlah output yang dihasilkan dibandingkan dengan sumber daya yang digunakan, tetapi juga mencakup aspek kualitas, kuantitas, dan waktu dalam mencapai kinerja yang diharapkan. Dalam konteks perusahaan, produktivitas dikendalikan oleh manajemen yang menetapkan standar dan prosedur untuk memaksimalkan penggunaan sumber daya. SDM, sebagai pelaksana, memegang peranan penting dalam mengimplementasikan dan meningkatkan proses-proses ini (Lumenta, Pio, & Sambul, 2018).

Kesehatan karyawan adalah faktor kunci untuk meningkatkan produktivitas mereka. Sebagai aset penting perusahaan, kesehatan fisik dan mental karyawan harus dijaga agar mereka dapat bekerja secara optimal. Kondisi kesehatan yang buruk, baik fisik maupun mental, dapat menurunkan produktivitas kerja, yang ditunjukkan melalui penurunan kualitas dan kuantitas output mereka. Oleh karena itu, peran SDM dalam sebuah organisasi tidak hanya sebagai pelaksana tugas tetapi juga sebagai penggerak utama dalam peningkatan produktivitas yang berkelanjutan, yang secara langsung mempengaruhi keberhasilan organisasi secara keseluruhan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan memiliki arti “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”. Kesehatan merupakan hak bagi setiap individu sebagaimana terkandung dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 yang menyatakan bahwa “bahwa negara menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945”.

Dalam konteks dunia kerja, istilah "kesehatan kerja" merujuk pada upaya meningkatkan dan mempertahankan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial para pekerja di semua sektor. Bidang ini diatur secara resmi dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2019, yang mengakui kesehatan pekerja sebagai bagian integral dari kesehatan masyarakat dan menekankan perlunya perlindungan serta perhatian terhadap pekerja untuk mendukung pembangunan bangsa.

Seiring dengan perkembangan sebuah perusahaan, tuntutan untuk peningkatan produktivitas karyawan menjadi semakin besar. Oleh karena itu, sangat penting bagi perusahaan untuk memastikan bahwa setiap karyawan, baik dalam aspek fisik maupun mental, mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai. Kesehatan karyawan yang optimal esensial untuk mencapai produktivitas tinggi. Perusahaan dapat menunjukkan kepedulian terhadap kesehatan karyawan melalui berbagai cara, seperti menyediakan asuransi kesehatan, melakukan Medical Check Up (MCU) rutin, menyelenggarakan program senam dan aktivitas fisik lainnya.

PRODUKTIVITAS

1. Pengertian Produktivitas

Produktivitas kerja merupakan ukuran yang digunakan perusahaan untuk menilai kinerja dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Siagian, produktivitas didefinisikan sebagai "kemampuan untuk memperoleh manfaat sebesar-besarnya dari sarana dan prasarana yang tersedia dengan menghasilkan output yang optimal, dan jika memungkinkan, yang maksimal" (Siagian, 2002). Sinungan mendefinisikan produktivitas sebagai hubungan antara hasil yang nyata, baik fisik (barang/jasa), dengan masukan yang sebenarnya. Produktivitas juga diartikan sebagai proses memproduksi barang atau jasa secara efektif dan efisien (Sinungan, 1997).

Tarwaka, Bakri, dan Sudajeng menyatakan bahwa produktivitas adalah konsep universal yang bertujuan untuk menciptakan lebih banyak barang dan jasa dengan menggunakan sumber daya yang terbatas (Tarwaka, Bakri, & Sudajeng, 2004). Simanjuntak berpendapat bahwa produktivitas pada dasarnya mencakup sikap mental yang bertujuan untuk selalu meningkatkan kualitas hidup, dengan prinsip bahwa hari kemarin harus lebih baik dari hari ini, cara kerja hari ini harus

lebih efisien dari hari kemarin, dan hasil kerja esok hari harus lebih baik dari hari ini (Simanjuntak, 1996).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Produktivitas

Produktivitas kerja tidak hanya dipengaruhi oleh satu atau dua faktor, melainkan oleh berbagai elemen yang saling terkait. Berikut ini adalah beberapa faktor yang signifikan dalam menentukan produktivitas (Tsauri, 2013):

a. Kemampuan

Kemampuan karyawan, yang mencakup keahlian berdasarkan pengetahuan dan pengalaman, sangat menentukan tingkat produktivitas. Lingkungan kerja yang mendukung dan menyenangkan dapat meningkatkan kemampuan ini. Oleh karena itu, penting bagi perusahaan untuk melakukan perekrutan yang cermat dan sesuai dengan kebutuhan spesifik pekerjaan untuk mendapatkan karyawan yang berkualitas.

b. Sikap

Sikap karyawan yang mencakup moral dan semangat kerja berpengaruh besar terhadap kepuasan dan produktivitas kerja. Sikap positif biasanya mencerminkan kinerja yang lebih tinggi dan kerjasama tim yang lebih efektif.

c. Situasi dan lingkungan

Produktivitas karyawan akan lebih baik jika mereka didukung oleh lingkungan kerja yang kondusif. Faktor ini mencakup ketersediaan fasilitas yang memadai dan kondisi kerja yang nyaman, serta sistem kompensasi yang adil dan motivasional.

d. Motivasi

Motivasi adalah kunci untuk meningkatkan produktivitas. Menurut Winardi, karyawan yang memiliki motivasi tinggi cenderung melakukan usaha maksimal untuk mencapai tujuan produksi (Winardi, 2010). Peran pimpinan dalam

memberikan motivasi ini sangat penting, karena dapat mendorong karyawan untuk berprestasi lebih baik.

e. Upah

Tingkat upah yang diterima karyawan memiliki dampak langsung terhadap motivasi dan produktivitas mereka. Penting bagi perusahaan untuk menyediakan upah yang adil dan sesuai dengan beban kerja, serta memperhatikan kepatuhan terhadap standar upah minimum yang ditetapkan oleh pemerintah.

f. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dan pelatihan yang telah diperoleh karyawan juga berpengaruh terhadap produktivitas mereka. Dalam era teknologi yang berkembang pesat, perusahaan harus memberikan kesempatan kepada karyawan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan yang relevan untuk mendukung pekerjaan mereka.

g. Perjanjian kerja

Perjanjian kerja yang jelas mengenai hak dan kewajiban karyawan terhadap perusahaan dapat menciptakan lingkungan kerja yang stabil dan produktif. Perjanjian ini juga sebagai bukti legalitas yang menjamin hak karyawan terpenuhi dengan baik.

h. Penerapan teknologi

Kemajuan teknologi harus diikuti oleh perusahaan untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas. Penerapan teknologi yang tepat dapat mempermudah pekerjaan dan mengurangi kesalahan yang terjadi.

Sedangkan menurut Siagian, aktor-faktor yang mempengaruhi produktivitas kerja mencakup (Siagian, 2002):

a. Perbaikan terus menerus

Organisasi diharapkan melakukan perbaikan berkelanjutan sebagai strategi manajemen yang efektif. Perbaikan terus

menerus menjadi etos kerja penting yang mencerminkan filsafat manajemen modern. Hal ini penting karena organisasi terus-menerus menghadapi tantangan yang berubah-ubah, baik dari internal maupun eksternal.

b. Peningkatan mutu hasil pekerjaan

Mutu meliputi semua aktivitas dalam organisasi yang melibatkan partisipasi dari berbagai komponen di dalamnya. Usaha untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu secara berkelanjutan bertujuan untuk memperbaiki hasil kerja dari semua karyawan dan komponen dalam perusahaan. Mutu diukur bukan hanya pada produk atau jasa, tetapi juga pada semua aktivitas yang dilakukan dalam organisasi, termasuk tugas pokok dan penunjang.

c. Pemberdayaan sumber daya manusia

Meningkatkan produktivitas melalui pemberdayaan SDM dapat dicapai dengan mengembangkan keterampilan melalui pendidikan dan pelatihan yang relevan. Sinungan menekankan pentingnya meningkatkan keterampilan karyawan untuk mendukung peningkatan produktivitas (Sinungan, 1997). Pemberdayaan SDM juga meliputi pengakuan terhadap harkat dan martabat manusia, menghormati hak asasi mereka, dan menerapkan manajemen partisipatif yang mendukung demokratisasi di tempat kerja.

d. Filsafat organisasi

Perumusan etos kerja dan pendekatan manajemen organisasi sering kali bersumber dari filsafat yang ditetapkan oleh pendiri organisasi. *Total Quality Management* (TQM) adalah contoh filsafat manajemen yang menerapkan pendekatan holistik dalam pengelolaan organisasi. TQM menekankan pentingnya kepuasan pelanggan, pemupukan loyalitas, perhatian pada budaya organisasi, serta penerapan ketentuan formal dan prosedur.

3. Pengukuran Produktivitas

Enam kriteria yang dapat digunakan untuk mengukur produktivitas kerja, diantaranya yaitu (Russel, 1995):

a. *Quality* (kualitas)

Quality (kualitas) yaitu pengukuran hasil kegiatan yang telah dilaksanakan, apakah sudah mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Mengukur produktivitas seseorang dapat diamati dari hasil pekerjaan yang telah dilakukannya. Jika pekerjaannya yang telah dilakukannya telah mencapai target capaiannya atau sesuai dengan harapannya bahkan lebih dari harapannya, maka dapat dikatakan seorang individu memiliki produktivitas yang tinggi.

b. *Quantity* (kuantitas)

Quantity (kuantitas) merupakan jumlah yang telah dicapainya dalam satu waktu, biasanya dinyatakan dalam bentuk bilangan seperti jumlah unit, jumlah rupiah, dan sebagainya. *Quantity* pada karyawan dapat diartikan dalam jumlah prestasi yang dicapainya atau jumlah karya yang dihasilkan dalam satu waktu (perhari, perbulan, persemester atau pertahun) dan dapat dijadikan sebagai indicator dalam mengukur produktivitas karyawan.

c. *Timelines* (ketepatan waktu)

Timelines (ketepatan waktu) dapat digunakan sebagai indicator mengukur produktivitas seorang individu. Seorang karyawan dikatakan produktif jika dapat menyelesaikan pekerjaannya tepat waktu atau sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Ketepatan waktu dalam penyelesaian pekerjaan sebagai bentuk kedisiplinan karyawan sehingga karyawan professional didalam pekerjaannya.

d. *Cost effectiveness* (efektifitas waktu)

Cost effectiveness (efektivitas waktu) dimaksudkan dalam penggunaan sumber daya organisasi (manusia, dana/keuangan, material, teknologi) dilakukan dengan

maksimal untuk mencapai hasil tertinggi. Karyawan yang memiliki produktivitas tinggi mengetahui bagaimana menggunakan sumber daya dengan cara yang efektif yaitu menggunakan sumber daya dengan maksimal untuk menghasilkan capaian yang setinggi mungkin. Sumber daya yang disediakan oleh organisasi berupa tenaga manusia, dana/keuangan, material dan teknologi.

e. *Needs of supervision* (kebutuhan akan pengawasan)

Pengawasan pekerjaan dibutuhkan untuk menjaga kualitas/mutu produk atau jasa yang dihasilkan, namun bukan berarti jika tidak ada pengawasan karyawan tidak peduli akan hasil produk atau jasa yang dihasilkan. Karyawan yang memiliki produktivitas tinggi memahami dengan baik pekerjaannya, mengemban tugas dan tanggung jawabnya dengan baik tanpa adanya paksaan, dan melaksanakan pekerjaannya dengan baik tanpa adanya pengawasan secara langsung.

f. *Interpersonal impact* (dampak interpersonal)

Rasa memiliki terhadap perusahaan dengan menganggap perusahaan bagian dari diri karyawan yang tidak terpisahkan atau sebagai rumah kedua dan memiliki hubungan baik dengan atasan dan setiap karyawan yang ada di perusahaan akan menumbuhkan rasa dalam diri karyawan untuk meningkatkan produktivitasnya dari waktu ke waktu.

KESEHATAN

1. Pengertian Kesehatan

Kesehatan berasal dari kata “sehat” yang memiliki arti suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan social serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 1947). Sedangkan di Indonesia pengertian sehat mengalami perubahan dari tahun 1960, 1992 dan 2009. Pada Undang-Undang No. 9 Tahun 1960, sehat adalah kondisi pada seseorang

yang memungkinkan bagi pihak bersangkutan untuk memenuhi tugas peri-kehidupannya di tengah-tengah masyarakat tanpa merasa cemas di dalam memelihara dan memajukan dirinya sendiri maupun keluarganya sehari-hari. Undang-Undang RI No. 23 Tahun 1992 Pasal 1 menyebutkan sehat sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan social yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomi. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomi.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa sehat mengandung beberapa unsur, yaitu (Maisyarah et al., 2021; Sartika et al., 2022):

a. Sehat Fisik:

Sehat fisik berarti bahwa tubuh tidak merasakan sakit dan secara klinis tidak terdapat cidera. Seluruh organ tubuh dalam kondisi normal dan berfungsi dengan baik.

b. Sehat Mental:

Sehat mental meliputi kesehatan pikiran dan emosional. Kesehatan pikiran terlihat dari kemampuan seseorang untuk berpikir secara logis, runtut, dan jernih. Sementara itu, sehat emosional terlihat dari kemampuan seseorang dalam mengekspresikan atau mengendalikan emosinya dengan baik.

c. Sehat Spiritual:

Sehat spiritual terlihat dari kemampuan seseorang dalam mengekspresikan rasa bersyukur, pujian, dan kepercayaan kepada Allah SWT. Ini juga mencerminkan ketaatan seseorang dalam menjalankan ajaran agamanya.

d. Sehat Sosial:

Sehat sosial adalah kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan baik dengan orang lain.

e. Produktif Sosial dan Ekonomi:

Produktif secara sosial dan ekonomi berarti bahwa seseorang memiliki pekerjaan dan mendapatkan penghasilan. Bagi anak-anak, remaja, atau mereka yang tidak atau belum bekerja, kesehatan produktif secara ekonomi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk berperilaku produktif dalam masyarakat.

2. Kesehatan Kerja

WHO/ILO (1995) menyebutkan bahwa Kesehatan Kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan social yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologis dan psikologisnya. Peraturan Pemerintah No. 99 Tahun 2019 Pasal 3 Ayat 1 terdapat pengertian Kesehatan Kerja yaitu bagian dari kesehatan masyarakat, oleh karena itu kesehatan pekerja perlu mendapatkan perhatian secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan agar pekerja dalam keadaan sehat, selamat, dan produktif sehingga berkontribusi terhadap pembangunan bangsa. Buntarto menjelaskan bahwa Kesehatan Kerja adalah suatu kondisi kesehatan yang ditujukan agar masyarakat pekerja memperoleh derajat kesehatan setinggi-tingginya baik jasmani, rohani maupun social dengan usaha pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh pekerja dan lingkungan (Buntarto, 2015).

Ruang lingkup kesehatan kerja, sebagai upaya penyelenggaraan layanan kesehatan di tempat kerja, mencakup empat aspek utama (Hasnidar et al., 2020):

1. **Upaya Promotif:** Ini melibatkan pembinaan kesehatan kerja, pendidikan dan pelatihan, perbaikan gizi, program olahraga, penerapan ergonomi, gaya hidup sehat, serta pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan Narkoba. Informasi kesehatan disebarluaskan melalui penyuluhan dan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dengan topik yang relevan.
2. **Upaya Preventif:** Meliputi penilaian risiko kesehatan, pemeriksaan kesehatan pekerja, survailans dan analisis penyakit akibat kerja, pencegahan keracunan makanan, penempatan tenaga kerja sesuai kondisi kesehatan, pengendalian bahaya lingkungan, penerapan ergonomi, penetapan prosedur kerja yang aman, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), penjadwalan kerja, program imunisasi, dan pengendalian vektor penyakit.
3. **Upaya Kuratif:** Termasuk pengobatan dan perawatan, tindakan pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K), tanggap darurat, tindakan operatif, dan merujuk pasien yang memerlukan perawatan lanjutan.
4. **Upaya Rehabilitatif:** Meliputi fisioterapi, rehabilitasi mental, pemberian alat bantu medis seperti alat bantu dengar dan prostetik, serta rehabilitasi kerja.

Setiap aspek ini berperan vital dalam mendukung kesehatan dan keselamatan kerja, memastikan tenaga kerja dapat bekerja dalam kondisi yang optimal dan aman.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan

Hendrik L. Blum menjelaskan terdapat empat faktor yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan, diantaranya (Sartika et al., 2022):

a. Lingkungan (*environment*)

Faktor lingkungan mencakup aspek fisik dan sosial-budaya, termasuk faktor ekonomi dan pekerjaan. Keadaan kebersihan di suatu tempat sangat mempengaruhi kualitas kesehatan individu. Tempat yang terjaga kebersihannya dapat melindungi individu dari berbagai jenis penyakit. Kondisi fisik lingkungan yang baik terlihat dari sanitasi yang baik dan pemeliharaan yang rapi, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas kesehatan individu serta komunitas secara keseluruhan.

Kondisi sosial suatu komunitas seringkali dikaitkan dengan situasi ekonomi komunitas tersebut. Komunitas dengan tingkat ekonomi yang lebih rendah cenderung memiliki tingkat kesehatan yang lebih rendah, di mana individu dari keluarga kurang mampu seringkali kesulitan memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan. Hal ini dapat menyebabkan anak-anak di keluarga tersebut menderita kekurangan nutrisi dan gizi buruk. Selain itu, tingkat pendidikan seseorang juga memainkan peran penting dalam menentukan kesehatan mereka; semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin baik pula pemahaman mereka tentang hidup sehat.

b. Perilaku

Perilaku gaya hidup seseorang ataupun masyarakat merupakan faktor lainnya yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Seorang individu atau masyarakat yang dapat menjaga perilaku pola hidup yang sehat seperti rutin berolahraga, makan makanan seimbang, istirahat yang cukup maka berpeluang mendapatkan tubuh yang sehat. Sebaiknya, jika seseorang individu atau masyarakat yang tidak memiliki gaya hidup yang baik dapat dikatakan tidak memiliki tanggung jawab yang baik terhadap diri sendiri terutama terhadap kesehatannya. Bentuk perilaku yang tidak

baik dan mempengaruhi kesehatan yaitu pola makan yang tidak sehat, sering memakan makanan siap saji yang mengandung tinggi kalori, lemak, dan sebagainya sehingga seseorang akan berpeluang menderita penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan sebagainya. Menurut teori Lawrence Green dalam (Hasnidar et al., 2020), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang yaitu *predisposing factors* (pengetahuan, sikap, dan nilai seseorang), *enabling factors* (ketersediaan dan keterjangkauan sarana dan sumber daya), dan *reinforcing factors* (sikap dan tindakan tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap perilaku petugas termasuk petugas kesehatan).

c. Pelayanan kesehatan (*health care service*)

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas akan berdampak terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bermutu meliputi tenaga kesehatan yang berkompetensi, akses yang mudah terjangkau, sarana dan prasarana yang lengkap dan berkualitas akan membantu masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang tinggi.

d. Keturunan (*genetic*)

Faktor keturunan (*genetic*) juga memiliki peran penting dalam mempengaruhi derajat kesehatan. Terdapat beberapa penyakit yang bersifat genetic atau diturunkan pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir. Contoh penyakit yang bersifat genetic seperti Diabates Mellitus, epilepsy, buta warna dan asma bronchia, buta warna, retardasi mental, dan hipertensi. Penyakit yang bersifat keturunan sulit dilakukan intervensi, karena sudah terdapat dalam diri manusia sejak lahir. Namun, terdapat beberapa penyakit genetic yang dapat dihindari atau dikendalikan agar tidak berisiko tinggi seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

KESEHATAN DAN PRODUKTIVITAS

Kesehatan dan produktivitas terjalin dalam hubungan yang positif dan saling memperkuat. Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, kesehatan didefinisikan sebagai kondisi sehat yang meliputi aspek fisik, mental, spiritual, dan sosial, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dari definisi ini, kita dapat melihat bahwa kesehatan tidak hanya memberikan manfaat pada tingkat individu tetapi juga berkontribusi pada produktivitas yang lebih tinggi, yang sangat berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari.

Individu yang sehat cenderung memiliki energi yang lebih tinggi dan daya tahan tubuh yang kuat, memungkinkan mereka untuk menjalankan tugas-tugas sehari-hari dengan lebih efektif dan menghasilkan produktivitas yang tinggi. Mereka lebih mampu untuk fokus dan menghasilkan output yang berkualitas, sedangkan mereka yang kondisinya kurang sehat seringkali mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi dan bergerak, yang pada akhirnya berdampak pada produktivitas yang lebih rendah.

Di lingkungan kerja, kesehatan karyawan sangat menentukan tingkat produktivitas mereka. Karyawan yang sehat tidak hanya mampu bekerja dengan lebih efisien dan fokus, tetapi juga lebih cepat dalam menyelesaikan tugas dengan hasil yang optimal. Sementara itu, karyawan yang tidak sehat mungkin akan mengalami penurunan fokus dan kecepatan dalam bekerja, yang secara langsung dapat mengurangi output kerja.

Oleh karena itu, sangat penting bagi perusahaan untuk menempatkan kesehatan karyawan sebagai prioritas. Perusahaan yang berinvestasi dalam kesehatan karyawan mereka tidak hanya akan meningkatkan kesejahteraan individu tetapi juga akan mendapatkan manfaat dari peningkatan produktivitas keseluruhan. Dengan demikian, kesehatan yang baik di tempat kerja tidak hanya menguntungkan karyawan, tetapi juga memperkuat kesuksesan dan keberlanjutan perusahaan.

Kesehatan menjadi investasi jangka panjang yang membawa hasil tidak hanya dalam bentuk kesejahteraan tetapi juga dalam kinerja dan produktivitas yang tinggi.

Imania menjelaskan kondisi kesehatan seorang karyawan akan mempengaruhi produktivitas kerjanya. Kesehatan seorang karyawan berbanding lurus dengan produktivitas kerja yang dihasilkan. Ketika kondisi kesehatan seorang karyawan meningkat, maka produktivitas yang dihasilkan oleh karyawan juga mengalami peningkatan (Imania, 2020). Siawan juga menjelaskan hal yang sama bahwa kesehatan kerja akan mempengaruhi produktivitas karyawan, ketika kesehatan karyawan meningkat maka akan diikuti oleh peningkatan produktivitas karyawan dalam pekerjaannya (Siawan & Ratmono, 2022). Azizah menyebutkan bahwa ada pengaruh antara kesehatan kerja dengan produktivitas kerja yang dihasilkan oleh karyawan (Wafiq Azizah, Mansur Sididi, Nurul Ulfah Mutthalib, & Een Kurnaesih, 2024).

Kondisi kesehatan untuk meningkatkan produktivitas seseorang tidak hanya dilihat dari kesehatan fisik saja, namun juga harus dilihat dari kesehatan mentalnya juga. Seseorang yang memiliki masalah terhadap kesehatan mentalnya akan berpengaruh terhadap kehidupannya. Bentuk masalah kesehatan mental seperti stress yang berlebihan, kecemasan dan depresi dapat mengganggu konsentrasi dan mengurangi produktivitas dan pada akhirnya tugas tidak terselesaikan dengan baik. Seorang pekerja dengan gangguan depresi mayor (MDD) akan banyak kehilangan produktivitasnya (penurunan produktivitas) dan menyebabkan kerugian pada suatu organisasi (Woo et al., 2011). Kesehatan mental yang buruk (depresi dan cemas) memiliki keterkaitan dengan hilangnya produktivitas seseorang (de Oliveira, Saka, Bone, & Jacobs, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Buntarto. (2015). *Panduan Praktis Keselamatan dan Kesehatan Kerja untuk Industri*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- de Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., & Jacobs, R. (2023). The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167. <https://doi.org/10.1007/S40258-022-00761-W>
- Dwi Haryo, B., & Djoko, H. W. (2018). Pengaruh Pelatihan Kerja, Motivasi Kerja Dan Lingkungan Kerja Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Bagian Produksi Pt. Metec Semarang. *DIPONEGORO JOURNAL OF SOCIAL AND POLITIC Tahun*, 1–6. Retrieved from <http://ejournals.s1.undip.ac.id/index.php/>
- Hasnidar, Tasnim, Sitorus, S., Hidayati, W., Mustar, Fhirawati, ... Sulfianti. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Imania, F. (2020). Pengaruh Kesehatan dan Keselamatan Kerja Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan PT . Pratama Abadi Industri Sukabumi. *Jurnal Mahasiswa Manajemen*, 1(1), 138–156.
- Kurniawan, I. S., & Cahyaningtyas, T. (2021). Peningkatan Produktivitas: Peran Kemampuan, Lingkungan, dan Motivasi Pada Azzahra Moslem Wear Yogyakarta. *Jurnal Produktivitas*, 8(2), 296–304. <https://doi.org/10.29406/jpr.v8i2.2645>
- Lumenta, K. G., Pio, R. J., & Sambul, S. A. P. (2018). Pengaruh Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Jurnal Riset Bisnis Dan Investasi*, 3(3), 69–77. <https://doi.org/10.35313/jrbi.v3i3.946>
- Maisyarah, Fatma, F., Adriani, Harisnal, Fajariyah, R., Yasril, A. I., ... Yanti, C. A. (2021). *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Retrieved from <https://fkm.unigo.ac.id/wp->

- content/uploads/2022/05/Dasar-Ilmu-Kesehatan-Masyarakat.pdf
- Russel. (1995). *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta: Bina Aksara.
- Sartika, Anggreny, D. E., Sani, A., Kumalasari, I., Hermansyah, H., Nuryati, E., ... Murni, N. S. (2022). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: CV Media Sains Indonesia.
- Siagian, S. P. (2002). *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Siawan, A., & Ratmono. (2022). Pengaruh Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan pada PT. Lautan Teduh Kota Bandar Lampung. *Jurnal Manajemen Diversifikasi*, 2(4), 940–947.
- Simanjuntak, P. J. (1996). *Manajemen dan Evaluasi Kerja*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sinungan, M. (1997). *Produktivitas Apa dan Bagaimana*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Tarwaka, Bakri, & Sudajeng. (2004). *Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas*. Surakarta: Uniba Press.
- Tsauri, S. (2013). MSDM - Manajemen Sumber Daya Manusia. In *Journal of Modern African Studies* (Vol. 35).
- Wafiq Azizah, Mansur Sididi, Nurul Ulfah Mutthalib, & Een Kurnaesih. (2024). Pengaruh Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Terhadap Produktivitas Perawat RSUP DR. Tadjuddin Chalid Makassar. *Window of Public Health Journal*, 5(1), 9–17.
<https://doi.org/10.33096/woph.v5i1.1558>
- Winardi. (2010). *Asas-Asas Manajemen* (M. Maju, ed.). Bandung.
- Woo, J. M., Kim, W., Hwang, T. Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y. J., ... Park, Y. L. (2011). Impact of depression on

work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health*, 14(4), 475–482. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.11.006>

PROFIL PENULIS



Noor Latifah A, SKM., MKM.

Lulus S1 dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta (FKM UMJ) pada tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) dan lulus di tahun 2012. Tahun 2020 - sekarang sedang melanjutkan pendidikan di Program Studi Pengkajian Dokter Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta (FKM UMJ). Dosen pengampu pada mata kuliah Biostatistik Kesehatan, Manajemen Analisis Data, Administrasi Kebijakan Kesehatan, dan Global Health. Selain mengajar, aktif sebagai pengurus organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) wilayah DKI Jakarta.

BAB 7

PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

Emma Rachmawati
Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UHAMKA, Jakarta
E-mail: emma_rachmawati@uhamka.ac.id

PENDAHULUAN

Dalam suatu organisasi, perencanaan dibutuhkan dalam setiap tahapan operasional organisasi, yaitu ketika kita akan memulai suatu kegiatan atau membuat program, atau pada tahap mengimplementasikan program atau tahap monitoring dan evaluasi program. Selama organisasi tersebut beroperasi dan menjadi organisasi pembelajar (*learning organization*) maka perencanaan dilakukan untuk mencapai visi, misi, tujuan organisasi, dan untuk memperbaiki kinerja organisasi secara terus menerus (*continuous improvement*). Dengan adanya berbagai perubahan di dalam maupun di luar organisasi yang cenderung tidak bisa dipastikan, maka perencanaan menjadi penting untuk dibuat secara akurat, terutama untuk menghindari berbagai kerugian yang bisa dialami, dan meminimalkan risiko buruk yang bisa diidentifikasi lebih awal. Tentunya, melalui suatu perencanaan yang akurat diharapkan dapat menghasilkan kinerja yang lebih baik, lebih efektif dan efisien, serta mampu merespon peluang dan tantangan yang ada. Perubahan yang telah, sedang, dan diperkirakan akan terjadi perlu didefinisikan secara tepat sesuai lingkup organisasi tersebut berada. Organisasi perlu mendefinisikan apa yang berubah, siapa yang berubah, kapan berubahnya, dan dimana terjadi perubahan tersebut.(Spath, 2009) Untuk itu diperlukan data-data yang akurat dan *updated* agar bisa diketahui dan dianalisis sejak awal sebelum program dibuat, sejauh mana perubahan yang terjadi

tersebut dapat mengubah kinerja dan tujuan organisasi yang ingin dicapai.

Perubahan dapat terjadi di tingkat lokal, nasional, maupun global dan berpengaruh terhadap kinerja suatu organisasi, apa pun bentuk organisasinya, baik langsung maupun tidak langsung. Khususnya untuk suatu organisasi di bidang kesehatan, meskipun ada banyak upaya/program kesehatan yang sudah menunjukkan hasil yang baik, namun berbagai isu perubahan dalam bidang kesehatan yang dihadapi bertambah berat, dinamis, luas, kompleks. dan perlu penanganan secara integratif dan komprehensif. Dengan adanya perkembangan yang terus menerus terjadi di berbagai isu masalah kesehatan seperti perubahan pola penyakit, *life-style* masyarakat, tuntutan masyarakat dalam kualitas dan akses layanan kesehatan semakin meningkat, sumber daya kesehatan termasuk dana dan fasilitas yang masih terbatas atau belum memadai, perkembangan teknologi informasi (*Digital Health*), isu senjata biologis, pembiayaan kesehatan seperti JKN, adanya wabah/epidemi global (seperti Covid-19, HIV, Ebola), serta yang lainnya, maka diperlukan seorang tenaga kesehatan yang professional dalam melakukan perencanaan program kesehatan yang dapat melindungi dan mempromosikan kesehatan bagi setiap orang dan masyarakat yang terlibat di dalamnya baik di tingkat lokal, nasional, regional maupun global, dan mendapatkan manfaat dari kinerja program tersebut. Sebagai contoh, khususnya di tingkat nasional, pencapaian program JKN adalah salah satu indikator dalam perbaikan *outcome* kesehatan khususnya dari segi efisiensi pembiayaan program kesehatan. Perencanaan program kesehatan harus mempertimbangkan pembiayaan melalui JKN ini, mengingat pada tahun 2021 terdapat 83% penduduk Indonesia adalah peserta program JKN. (Pribadi & Setijaningrum, 2023). Bahkan menurut Dirut BPJS, per Maret 2024 sudah mencapai 269,49 juta orang atau 95,7% dari total

penduduk Indonesia. (<https://data.goodstats.id/statistic/ada-lebih-dari-269-juta-peserta-bpj-s-kesehatan-di-2024-xHnLi>)

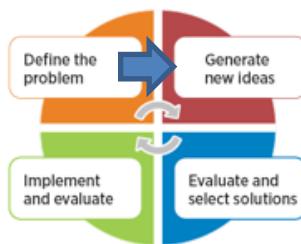
Selain program JKN, untuk saat ini (tahun 2024) telah terjadi pula perubahan orientasi layanan kesehatan primer di Indonesia, yang kita kenal sebagai Program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer/ ILP (berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer). ILP ini merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup bagi perseorangan, keluarga dan masyarakat. Fokus ILP ini adalah pada (1)penguatan upaya promotif dan preventif melalui pendekatan pada setiap fase kehidupan (siklus hidup) dengan tetap menyelenggarakan kuratif, rehabilitatif dan paliatif; (2) pendekatan pelayanan kesehatan melalui sistem jejaring pelayanan kesehatan primer mulai dari tingkat kecamatan, desa/kelurahan, dusun, rukun warga, rukun tetangga; dan (3) penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan *dashboard* situasi. Adanya perubahan kebijakan dalam pelayanan kesehatan primer untuk memberikan solusi bagi masalah-masalah kesehatan jelas mengubah perencanaan program/upaya kesehatan secara nasional di setiap level, yang berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya.

PERENCANAAN DAN ISU MASALAH KESEHATAN

Perencanaan program kesehatan adalah salah satu fungsi manajemen organisasi kesehatan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan, yang di dalamnya mengandung suatu proses sistematis dan logis (*logical sequence*). Selanjutnya, karena perencanaan program kesehatan itu suatu proses pemecahan

masalah, maka langkah awal dalam perencanaan adalah menguraikan masalah secara jelas dan spesifik.

“Masalah” menurut pengertian secara umum adalah terdapatnya kesenjangan/gap antara harapan dengan kenyataan. Oleh karena itu, untuk merumuskan masalah dengan tepat maka kita harus juga tepat dalam menyatakan kesenjangan tersebut, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Dalam menetapkan masalah, ada tiga ciri yang biasanya ditemukan, yaitu ada kesenjangan, ada rasa tidak puas/komplain/keluhan, ada rasa tanggung jawab untuk mengatasi masalah. Penetapan masalah dapat diketahui melalui penelitian yang dilakukan, mempelajari laporan, atau diskusi dengan para ahli. Penentuan masalah adalah tahap pertama dari siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) sebagaimana dalam gambar berikut:



(sumber: <https://asq.org/quality-resources/problem-solving>)

Gambar 7.1. *Problem Solving Chart*

Perlu diperhatikan bahwa dari tahap mendefinisikan masalah hingga evaluasi, beberapa hal penting harus dipastikan, terutama kemudahan akses terhadap informasi yang tersebar di berbagai media online. Berikut adalah langkah-langkah yang harus diikuti untuk mengumpulkan data yang kredibel dan membedakan antara fakta dan opini:

1. Tentukan penyebab utama atau akar masalah melalui analisis penyebab mendasar (root cause analysis).
2. Konsultasikan atau diskusikan dengan semua pihak yang terlibat untuk memperoleh informasi yang valid.
3. Nyatakan masalah secara spesifik.
4. Identifikasi standar atau harapan apa yang telah dilanggar atau tidak dipatuhi.
5. Tentukan proses serta waktu dan tempat ditemukannya masalah.
6. Hindari mencari solusi tanpa data yang akurat dan terkini.

Masalah kesehatan adalah isu yang kompleks dan dinamis, yang berarti banyak variabel (aspek, komponen) harus dipertimbangkan karena interaksi dengan lingkungan (Heryana, Unggul, & Emergency, 2021). Pendekatan sistem menjadi penting dalam merencanakan program kesehatan untuk mengurai masalah kesehatan. Sistem, yang bisa berupa entitas seperti manusia, hewan, organisasi, prosedur, atau alat, terdiri dari komponen-komponen atau sub-sistem (input, proses, output, lingkungan) yang saling berinteraksi. Tingkat dan disiplin ilmu yang beragam, dari biomedis dasar hingga kesehatan masyarakat dan industri kesehatan, menunjukkan kompleksitas masalah kesehatan yang meningkat (Martínez-garcía & Hernández-lemus, 2013).

Istilah 'kompleks' dan 'rumit' memiliki pengertian yang berbeda. Situasi rumit terjadi ketika sistem memiliki banyak komponen tetapi interaksi antar komponen rendah. Sebaliknya, situasi kompleks terjadi ketika jumlah komponen banyak dan interaksi antar komponen sangat tinggi, yang menghasilkan perilaku kolektif dari interaksi komponen sistem (Braithwaite et al., 2017). Sebagai contoh, Menkes NM menyatakan pada 18 Maret 2019, bahwa pemerintah menghadapi tantangan lima program prioritas dalam pembangunan kesehatan 2020-2024

yang telah diidentifikasi dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) 2019. Masalah-masalah prioritas tersebut meliputi angka kematian ibu atau neonatal yang masih tinggi, stunting, tuberculosis (TBC), Penyakit Tidak Menular (PTM), dan cakupan imunisasi dasar lengkap. Salah satu kunci untuk mengatasi tantangan ini adalah melalui penelitian dan pengembangan kesehatan, dengan Badan Litbangkes berperan penting dalam menyediakan data dan informasi untuk kebijakan program kesehatan. Riskesdas menunjukkan peningkatan PTM yang memerlukan strategi khusus, dan hasil BoD menunjukkan pergeseran beban penyakit dari penyakit menular ke PTM, mencapai proporsi 70% pada tahun 2017 (CNBC Indonesia).

Integrasi layanan kesehatan primer dan penentuan prioritas masalah kesehatan menuntut kemampuan semua pihak dalam mengumpulkan data yang akurat, yang pada akhirnya dapat menghasilkan pemahaman mendalam tentang masalah kesehatan yang akan berdampak pada pengambilan keputusan dalam perumusan dan penerapan perencanaan dan kebijakan di berbagai level dan berbagai pihak (pemerintah maupun swasta) untuk mengatasi masalah tersebut (Heryana et al., 2021).

Aspirasi Kebijakan ILP dan kebijakan lainnya yang terkait dikonversikan melalui suatu proses perencanaan menjadi upaya/program yang teratur dan praktis bertujuan untuk membuat layanan kesehatan lebih efektif dan efisien. Perencanaan program kesehatan bertujuan untuk menyampaikan tujuan perbaikan masalah kesehatan yang spesifik, dengan menilai pilihan perubahannya dan menentukan program prioritas. Perencanaan nantinya ada pada tingkatan yang luas dan bervariasi (masyarakat secara keseluruhan maupun lokal) dan mencakup dua aspek yang bisa dikategorikan sebagai berikut (Lawrence, 2013):

- a. Aspek Teknis: efektifitas biaya (*cost effectiveness*), ruang/spasial (Lokasi (desa, kota), ukuran yanches: primer, sekunder, dan tersier, dll)
- b. Aspek Organisasional: manajemen, finansial, kebijakan, pelatihan, dan tenaga kerja/SDM

Dari uraian di atas, penyelenggara atau pengelola program kesehatan perlu meningkatkan kemampuan manajemennya, khususnya dalam perencanaan program kesehatan yang merupakan bagian dari fungsi manajemen penyelenggaraan/pengelolaan upaya kesehatan di berbagai tingkatan. Dalam model manajemen strategis, dikenal juga perencanaan strategis yang merupakan pendekatan secara keseluruhan untuk mencapai tujuan suatu kebijakan, yang meliputi semua bagian dari sistem layanan kesehatan dengan kerangka waktu jangka panjang/*multi years*. Adapun perencanaan manajemen atau operasional diperuntukkan untuk tugas/lingkup tertentu yang melahirkan suatu strategi, yang biasanya jangka waktunya lebih pendek, serta pada unit atau departemen yang lebih kecil dari suatu organisasi (Lawrence, 2013).

PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN DAN ISU LINGKUNGAN SOSIAL/POLITIK

Perencanaan yang baik tidak hanya memperhatikan kondisi internal organisasi (kekuatan dan kelemahan), tetapi juga mempertimbangkan faktor eksternal organisasi diantaranya berupa kebijakan yang ada yang akan menjadi dasar hukum pelaksaan program yang sudah direncanakan. Proses perencanaan akan tergantung pada penyusunan pembiayaan kesehatan yang berlaku di suatu negara serta kebijakan politik dan ekonominya. Menurut Kuntzin et al. (2017) yang dikutip oleh (Pribadi & Setijaningrum, 2023) terdapat empat sumber

utama dalam pembiayaan di sektor kesehatan yaitu pembiayaan dari pemerintah (misalnya: pajak); pembiayaan dari sektor swasta/komersial; pembiayaan dari asuransi kesehatan; dan pembiayaan dari sumber eksternal. Namun, konteks politik dapat mempengaruhi perencanaan pembiayaan/penganggaran program kesehatan, apakah pembiayaan tersebut digunakan atau dialokasikan sesuai kebutuhan (Lawrence, 2013), atau dapat berubah jika terjadi krisis kesehatan seperti masa pandemi Covid-19. Adanya pandemi Covid-19 menjadi titik balik bahwa untuk perencanaan program kesehatan ke depan, program pencegahan penyakit (preventif) dan penguatan sistem kesehatan nasional menjadi hal yang diperlukan sebelum terjadinya krisis kesehatan yang tidak bisa diduga apakah akan terulang lagi.

Perencanaan pembiayaan kesehatan menjadi salah satu komponen penting dalam sistem kesehatan, dan bagian penting dalam tahapan perencanaan program kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan hal yang vital dalam mencapai tujuan kesehatan dari tingkat daerah (kabupaten/kota dan provinsi) hingga tingkat nasional. Ketika proses perencanaan pembiayaan kesehatan digunakan untuk kepentingan politik, maka dapat menyebabkan alokasi dana tidak sesuai/tepat sasaran, sehingga berdampak pada tidak tercapainya prinsip-prinsip perencanaan dalam hal efisiensi berbagai sumber daya, efektifitas program yang direncanakan, dan output maksimal yang seharusnya bisa dicapai. Kebijakan, hukum, dan peraturan yang terkait dengan kesehatan merupakan produk politik yang dapat mempengaruhi kesehatan dalam berbagai cara di tingkat lokal, nasional, maupun global. (Hayden, 2022)

PROGRAM KESEHATAN DAN MODEL PERENCANAAN

Suatu upaya/program kesehatan adalah sekelompok kegiatan yang terencana dan terorganisasi yang dilakukan terus menerus untuk mencapai tujuan dan sasaran kesehatan tertentu. Lingkup program kesehatan meliputi komponen-komponen intervensi (kegiatan terencana) yang menyeluruh yang perlu diimplementasikan untuk mencapai perubahan indikator kesehatan atau *outcome* sosial yang diinginkan, dan perubahannya dapat lebih luas mencakup masyarakat, sekolah, tempat kerja, program medis dan kebijakan. (Green et. al. dalam (Fielding, 2022)). Untuk itu, diperlukan wawasan yang komprehensif dalam merumuskan perencanaan upaya/program kesehatan masyarakat bagi pengelola upaya/program kesehatan masyarakat di berbagai tingkatan pengelola program kesehatan. Contoh penanganan masalah kesehatan secara integratif dan komprehensif di tingkat global adalah pendekatan *Social Determinant of Health (SDoH)* yang menurut WHO berupa berbagai kondisi sosial/non medis (misal: norma sosial, sistem ekonomi, prioritas agenda, sistem politik, keamanan pangan, ekologi. dsb) yang memengaruhi status atau *outcome* kesehatan masyarakat., Riset menunjukkan bahwa faktor sosial ini menjadi faktor yang lebih penting dibandingkan faktor layanan kesehatan atau pilihan gaya hidup. Banyak studi menunjukkan bahwa SDoH menyumbang sekitar 30-55% terhadap *outcome* kesehatan masyarakat.(https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Oleh karena itu, isu SDoH penting untuk dipertimbangkan dalam proses perencanaan program kesehatan. Sebagian besar riset melaporkan bahwa SDoH mempunyai dampak yang lebih besar terhadap kesehatan. (Chelak & Chakole, 2023)

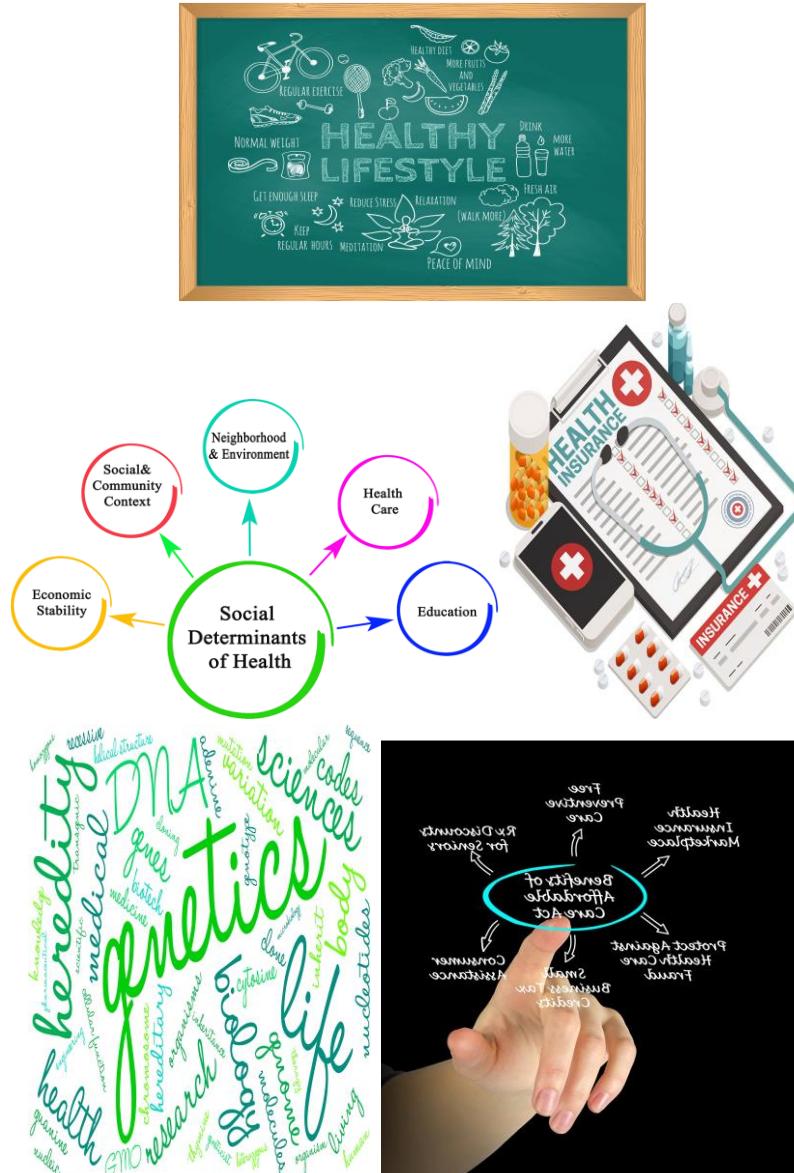
Selain SDoH, pencapaian indikator di bidang kesehatan pada SDG's (*Sustainable Developmnet Goals*) bagi negara-

negara anggota *WHO*, termasuk Indonesia, menjadi hal yang harus menjadi acuan dalam perencanaan program kesehatan, karena lebih dari setengah jumlah kematian disebabkan oleh penyakit menular, kondisi ibu hamil, ibu melahirkan dan masalah nutrisi. Untuk Penyakit Tidak Menular (PTM) ternyata juga mengalami peningkatan jumlah, sehingga memerlukan penguatan sistem kesehatan untuk memenuhi kualitas layanan dan memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. (*WHO*, 2024).

Pendekatan lain yang sudah lebih dari lima dekade digunakan secara luas dan efektif untuk menangani faktor-faktor penyebab masalah kesehatan adalah model *Precede-Proceed*, yang telah melalui ratusan uji lapangan untuk membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan. Seperti pada awal disampaikan bahwa perencanaan program kesehatan adalah salah satu fungsi manajemen organisasi kesehatan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara sistematis dan logis, maka penggunaan model *Precede-Proceed* dapat membantu proses identifikasi masalah prioritas dalam bentuk tujuan-tujuan yang ingin dicapai secara kuantitatif dan lebih spesifik, yang berlanjut pada penentuan sasaran dan target yang menjadi syarat/standard berhasilnya suatu program kesehatan (*Lawrence Green et al dalam (Fielding, 2022)*).

Pendekatan lain adalah dengan mengidentifikasi faktor penentu kesehatan seseorang, yang sangat penting diketahui pada tahap perencanaan program kesehatan, karena akan memengaruhi struktur rencana program dalam mengidentifikasi mana saja yang tidak bisa kita ubah, mana yang bisa diubah, dan apakah ada perbedaan yang bermakna. Faktor-faktor penentu kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi lima kategori (lihat gambar 9.2): perilaku individu, faktor sosial dan fisik, biologi dan genetika, layanan kesehatan, dan kebijakan. Dan diantara faktor-faktor tersebut saling berinteraksi dalam mempengaruhi

kesehatan seseorang bahkan meluas hingga ke populasi. (Hayden, 2022)



Gambar 7.2. Lima Kelompok Faktor Penentu Kesehatan (Hayden, 2022)

KERANGKA KERJA KONSEPTUAL UNTUK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

Sebagaimana diuraikan di atas, perencanaan merupakan suatu proses yang terus menerus dilakukan, secara sistematis dan logis, dengan menggunakan *tools/metode/teknik* yang sesuai dalam rangka memecahkan masalah kesehatan, serta untuk mencapai visi, misi, tujuan organisasi. Untuk itu salah satu pendekatan kerangka kerja perencanaan program kesehatan adalah sebagai berikut, yang saya modifikasikan dari beberapa sumber (Lawrence, 2013):

- a. Identifikasi kondisi di masa depan yang diinginkan >>> berkaitan dengan tujuan (*goals*), sasaran (*objectives*), dan target perencanaan (bisa dalam jangka waktu pendek, menengah, atau panjang)
- b. Bandingkan dengan kondisi yang ada sekarang >>> identifikasi “gap” (masalah), berikut kendala-kendalanya, dan penetapan prioritasnya (terkait dengan besaran dan dampaknya).
- c. Identifikasi beberapa “*pathway*”(dalam gambar 7.1 di atas terkait siklus masalah adalah “*generate ideas*”) dari satu cara/ide ke cara/ide yang lainnya
- d. Melakukan studi epidemiologi dan pilih “*pathway/ide*” yang paling “*cost-effective*” dan juga efisien dalam hal penggunaan sumber daya

Dalam point “a” disebutkan konsep goal, objektif, dan target harus ditetapkan di awal perencanaan. Apakah perbedaannya?

Dari berbagai referensi, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- Goal: penetapan goal biasanya oleh manajer/pimpinan level atas, jangkauannya luas dan menentukan objektif dan target yang ingin dicapai pada jangka panjang dan pencapaian kondisi yang ideal. Contoh: Menjadi institusi pelayanan

kesehatan yang unggul di tingkat nasional dalam 5 tahun ke depan

- Objektif: Langkah-langkah nyata yang harus dilakukan untuk mencapai goal, lebih spesifik dan terukur pada jangka waktu tertentu (pendek atau menengah), dan lebih mengarah pada tindakan/*action*. Contoh; mengembangkan produk inovatif untuk meningkatkan layanan kesehatan kepada masyarakat.
- Target: Ukuran kuantitatif atau angka spesifik yang ingin dicapai sebagai bagian dari mencapai objektif, dan bersifat terukur, dapat dihitung dan memberikan indikator keberhasiln program dalam mencapai objektif. Contoh: Peningkatan kepuasan pasien menjadi 90%.

Hal yang perlu diperhatikan pada perencanaan program kesehatan yang bersifat fleksibel karena “berbasis masyarakat” (*people-based*) dengan segala kompleksitas dan dinamisnya di berbagai wilayah, maka perlu dipertimbangkan beberapa hal berikut (Lawrence, 2013):

- Intervensi program kesehatan yang diberikan dilakukan berulang-ulang, tidak cukup sekali, dan memerlukan evaluasi yang komprehensif dan terintegrasi. Kita harus membuat intervensi dengan menggunakan bukti/*evidence* terbaik dari riset yang terus berkembang dan praktik nyata, dan menyesuaikan juga dengan perubahan cepat yang terjadi dalam ketersediaan dan penggunaan data populasi (karena kita ada di era komunikasi digital yang sangat interaktif).(Fielding, 2022), Perencanaan yang dipikirkan dengan matang adalah kritis untuk suksesnya suatu program berdasarkan informasi yang dikembangkan. Kunci perencanaan yang sukses adalah pemahaman terhadap faktor yang menjadi penyebab utama kondisi kesehatan tersebut.(Hayden, 2022)

- Melakukan analisis sosial melalui analisis budaya setempat/lokal, tokoh masyarakat dan kelompok masyarakat terkait (pasien, siswa sekolah, pekerja, penduduk, atau pelanggan), karena hal ini bisa menjadi suatu keterbatasan terhadap keberhasilan perencanaan (siapa, kapan, *tools/metode* dan dimana diterapkan untuk intervensi tersebut). Kelompok masyarakat akan menggambarkan fungsi pelayanan kesehatan di wilayah tersebut berupa nilai-nilai, kebutuhan, sumberdaya dan keterbatasan yang ada di wilayah tersebut. Semua itu akan memodifikasi bagaimana akses, strategi pembiayaan, alokasi sumberdaya, dan akuntabilitas sistem pelayanan kesehatannya. (Ginter, Duncan, & Swayne, 2018)
- Melibatkan semua *stakeholder* (pemerintah maupun non pemerintah) yang terlibat dalam proses perencanaan, terutama *stakeholder* yang sangat berpengaruh. Apa yang *stakeholder* inginkan dan konsensus/kesepakatan yang ingin dicapai bersama. Program kesehatan yang sukses tergantung pada aspek dari kombinasi kekuatan dan kelemahan organisasi dan derajat keterlibatan *stake holder* dalam kegiatan program dan *outcome* yang dihasilkannya. Kombinasi ini bisa berbeda antar populasi yang ada untuk suatu program kesehatan. (Fielding, 2022).
- Dalam piramida kesehatan masyarakat, program kesehatan yang bertujuan untuk menangani masalah kesehatan dikembangkan untuk tingkat pelayanan kesehatan individu, kelompok/*aggregate*, populasi, dan sistem layanan kesehatan. (Issel & Wells, 2019).

LANGKAH-LANGKAH POKOK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

Dari uraian sebelumnya, maka dapat kita rangkum langkah-langkah pokok perencanaan program kesehatan, yang dapat dilihat dalam gambar 7.3 berikut:



13

Gambar 7.3. Langkah-Langkah Pokok Perencanaan Program Kesehatan

Analisis Situasi

Analisis situasi mencakup: kondisi derajat/status kesehatan, lingkungan kesehatan, perilaku kesehatan, upaya/layanan kesehatan, kebijakan dan kependudukan

Perumusan dan Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan

Pada langkah ini mencakup proses mengidentifikasi, merumuskan, dan menetapkan prioritas masalah melalui penggunaan metode/pendekatan pengukuran yang tepat, diantaranya berdasarkan besarnya, tingkat kegawatan/keganasan/keparahan, tingkat urgensi, kecenderungan, kemudahan penanggulangan dari masalah. Untuk metodenya dapat menggunakan Metode Hanlon, Delbeq, Delphie, *Prioritization Matrix*, *Multivoting Technique*, *Nominal Group Technique* atau *PEARL* (*Appropriateness*, *Economic*

(Feasibility, Acceptability, Resource Availability, Legality), dan metode lainnya.

Penetapan Alternatif Pemecahan Masalah

Sebelum menetapkan alternatif pemecahan masalah, maka berdasarkan masalah prioritas, maka ditetapkan tujuan secara spesisik hingga penetuan sasaran/target rencana program. Kemudian dibuat alternatif yang mungkin dilakukan serta mengambil keputusan, alternatif mana terbaik dilakukan berdasarkan bukti ilmiah (secara kuantitatif maupun kualitatif).

Penyusunan Rencana Program/Kegiatan

Tahap ini menguraikan alternatif terbaik untuk pemecahan masalah kesehatan menjadi suatu rencana operasional yang siap atau matang untuk dilaksanakan (mencakup waktu, kegiatan, tata ruang, alat bantu/media, proses, dsb), Demikian pula dana/anggaran/biaya serta tenaga atau sarana prasarana, sistem data dan informasinya yang memadai, kebijakan yang mendukung program dan mengarahkan program menuju pencapaian kinerja/tujuan.

Rencana Evaluasi

Evaluasi kegiatan/program dilakukan untuk mengukur ketercapaian pelaksanaan program terhadap standard yang ditetapkan, atau tujuan dan sasaran yang diinginkan. Standard harus disesuaikan dengan kegunaannya/*utility*, kelayakan/*feasibility*, etika/*propriety*, dan ketepatan/*accuracy*. (Hayden, 2022) Selain itu, perlu dievaluasi apakah kegiatan juga dirancang dengan baik dan berjalan pula dengan baik.

Perencanaan yang sudah disusun tentunya perlu didokumentasikan secara baik melalui sistematika penyusunan dokumen yang susunannya dapat seperti berikut:

- a. Pendahuluan (Latar Belakang)
- b. Analisis Situasi
- c. Perumusan Masalah Kesehatan
- d. Penetapan Tujuan,
- e. Dasar Kebijakan
- f. Penetapan Tujuan dan Sasaran
- g. Rencana Program dan Aktivitas/Kegiatan (*Plan of Action*)
- h. Gambaran Penganggaran Program
- i. Penutup
- j. Lampiran

KESIMPULAN

Perencanaan program kesehatan adalah ketrampilan dasar praktik yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan. Ada banyak faktor-faktor yang berkontribusi yang harus dianalisis sehingga kita dapat menjadikannya sebagai fokus atau prioritas program. Setelah diidentifikasi program prioritas/fokus program, maka dibuatlah aktivitas/kegiatan sesuai tujuan dan outcome program yang telah ditetapkan, termasuk hambatan yang ada dalam proses pelaksanaan program. Secara umum, tahapan perencanaan program kesehatan dibuat secara sistematis dan logis seperti program lainnya, yaitu penilaian/analisis situasi, perencanaan, penerapan, dan evaluasi program. Pendekatan model penerapan yang digunakan bisa menyesuaikan dengan kebutuhan dan sudah terbukti efektif dan efisien, dengan memperhatikan berbagai peran stake holder yang terlibat di dalamnya. Perencanaan yang matang adalah kritis untuk suksesnya suatu program berdasarkan informasi yang dikembangkan dari bukti/evidence terbaik dari riset yang terus berkembang dan praktik nyata, dan menyesuaikan dengan

perubahan cepat yang terjadi di era digital. Kunci perencanaan sukses yang lainnya adalah pemahaman terhadap faktor-faktor/determinan yang menjadi penyebab utama kondisi kesehatan tersebut untuk menentukan struktur perencanaan program yang efektif dan efisien.

PRAKTIK PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN

Pelajari artikel berikut dengan judul:

Gambaran Perencanaan dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022 (Pratiwi & Ulandari, 2022)

Latihan:

- Apa saja determinan kesehatan yang berupa *Social Determinant of Health (SDoH)* yang berkontribusi pada isu masalah kesehatan pada artikel tersebut?
- Lakukan eksplorasi terhadap data-data yang valid dan up to date terkait kontribusi faktor-faktor tersebut terhadap masalah kesehatan pada artikel tersebut!
- Apakah faktor penghambat terlaksananya program kesehatan ibu anak dalam artikel tersebut?
- Solusi apa yang direkomendasikan penulis terhadap isu tersebut?

DAFTAR PUSTAKA

Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-williams, R., Damen, N., & Herkes, J. (2017). *Complexity Science in Healthcare*. Sydney Australia: Macquarie University.

Chelak, K., & Chakole, S. (2023). The Role of Social Determinants of Health in Promoting Health Equality : A Narrative Review, 15(1), 1–8.
<https://doi.org/10.7759/cureus.33425>

- Fielding, J. E. (2022). *Health Program Planning and Evaluation. Creating Behavioral, Environmental, and Policy Change.* (L. W. Green, A. C. Gielen, J. M. Ottoson, D. V. Peterson, & M. W. Kreuter, Eds.) (1st ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ginter, P., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *Strategic Management of Health Care Organizations* (eight). Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Hayden, J. (2022). *Introduction to Public Health Program Planning* (1st ed.). Brlinton, MA 01803: Jones&Bartlett Learning. Retrieved from www.jblearning.com
- Heryana, A., Unggul, U. E., & Emergency, H. (2021). Masalah Kompleksitas dan Teori Kompleksitas, (August). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17796.65924>
- Issel, L. M., & Wells, R. (2019). *Jealth Program and Evaluation. A practical Systematical Approach for Community Health* (Fourth). Burlington, MA 01803: John & Bartlett Learning. Retrieved from www.jblearning.com
- Lawrence, D. (2013). Planning Health Services. In C. Guest, W. Ricciardi, I. Kawachi, & I. Lang (Eds.), *Oxford Handbook of Public Health Practice* (3rd ed., pp. 338–345). UK: Oxford University Press.
- Martínez-garcía, M., & Hernández-lemus, E. (2013). Health Systems as Complex Systems, (January). <https://doi.org/10.4236/ajor.2013.31A011>
- Pratiwi, I. A., & Ulandari, L. P. S. (2022). Gambaran Perencanaan dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022. *Arc.Com.Health*, 9(3), 375–381.
- Pribadi, A. F., & Setijaningrum, E. (2023). Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia Analysis of Health Financing Principles in Supporting Universal Health

- Coverage in Indonesia. *Jejaring Administrasi Publik*, 15(c), 60–78. <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>
- Spath, P. (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management* (1st ed.). Washington DC: AUPHA Press.
- WHO. (2024). *World health statistics 2024*.

PROFIL PENULIS



Emma Rachmawati

Penulis adalah Dosen Tetap (PNS dpk) di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan (Fikes) dan Sekolah Pasca-sarjana (SPs) di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka (UHAMKA) Jakarta, serta menjadi tim dosen pengajar untuk mata kuliah Perencanaan Program Kesehatan di Prodi S2 Epidemiologi UNMUHA (Aceh) dan untuk mata kuliah Manajemen dan Kebijakan Layanan Kesehatan FKG Trisakti, serta juga pernah sebagai co-promotor dan penguji program Doktor di FKM UI untuk peminatan AKK dan MARS. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Matematika FMIPA ITB, dan S2 serta S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia peminatan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Penulis pernah menjabat sebagai Wakil Dekan 2 dan Dekan selama dua periode di Fikes UHAMKA. Saat ini mengajar di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) untuk S1 Kesmas dan Peminatan Manajemen Rumah Sakit untuk S2 Kesmas dan mengampu beberapa mata kuliah di antaranya Manajemen Pelayanan Kesehatan Perkotaan, Manajemen Mutu Layanan Kesehatan, Metodologi Kesehatan, Biostatistik, Manajemen Strategis Pelayanan Kesehatan, Perencanaan Strategis dan Pemasaran RS. Sejak tahun 2011, tergabung dalam program-program kesehatan masyarakat di tingkat nasional di MPKU (Majlis Pembinaan Kesehatan Umum) PP Muhammadiyah, dan saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua 4 Bidang Kesehatan Masyarakat MPKU PPM. Fokus riset pada masalah-masalah kesehatan masyarakat terutama terkait keselamatan pasien di RS, mutu layanan kesehatan, pengendalian tembakau, kesehatan reproduksi, program gizi, PHBS, peran tokoh agama dalam program kesehatan masyarakat.

BAB 8

ANGGARAN SEKTOR KESEHATAN

Yuyun Umniyatun

Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA, Jakarta Selatan
E-mail: yuyunumni@yahoo.com

PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan menyampaikan bahwa pembiayaan di sektor kesehatan bertujuan untuk secara berkelanjutan menyediakan dana yang cukup, dialokasikan secara adil, dan digunakan secara efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara maksimal. Komponen pembiayaan ini meliputi sumber dana, alokasi, dan pemanfaatan dana tersebut. Sumber dana kesehatan meliputi kontribusi dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, serta sumber lain yang legal sesuai regulasi yang berlaku.

Pembiayaan sektor kesehatan juga mengikuti kebijakan pemerintah yang tercermin dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), yang bertujuan untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan. Sasaran jangka panjang untuk periode 2005-2025 meliputi peningkatan Usia Harapan Hidup, penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi, serta pengurangan prevalensi kurang gizi di kalangan balita. Sementara itu, sasaran jangka menengah untuk tahun 2020-2024 fokus pada penguatan pelayanan kesehatan dasar demi mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, inovasi teknologi, serta pengawasan lebih kuat terhadap obat dan makanan.

Keberhasilan dalam pembangunan kesehatan diukur melalui perencanaan dan penganggaran yang baik, tepat sasaran, dan efisien, serta dilengkapi dengan pelaksanaan, pemantauan, dan

evaluasi yang sesuai rencana. Untuk itu, diperlukan persiapan anggaran kesehatan yang memadai dan dialokasikan secara merata dan adil oleh pemerintah.

Selain itu, peningkatan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan dana kesehatan juga menjadi prioritas utama dalam pembiayaan sektor kesehatan. Hal ini melibatkan peningkatan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan dana, serta penguatan sistem pengawasan dan evaluasi untuk memastikan bahwa dana yang dialokasikan benar-benar digunakan sesuai peruntukannya. Upaya ini juga mencakup penerapan teknologi informasi dalam manajemen kesehatan untuk meminimalisir kebocoran dana dan meningkatkan akurasi data. Dengan demikian, pengelolaan dana yang baik akan mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah, serta memastikan bahwa seluruh lapisan masyarakat dapat menikmati layanan kesehatan yang berkualitas dan merata.

KONSEP ANGGARAN KESEHATAN

Definisi Anggaran Kesehatan

Anggaran sektor kesehatan adalah alokasi pendanaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja yang dikelola oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk melaksanakan pembangunan kesehatan. Anggaran sektor kesehatan diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan pada pasal 409 dengan penjabaran sebagai berikut:

- (1) *Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota memprioritaskan anggaran Kesehatan untuk program dan kegiatan dalam penyusunan anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah.* Hal ini dapat dipahami bahwa Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah

provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota berkomitmen untuk mengutamakan pengalokasian anggaran dalam sektor kesehatan, memastikan bahwa program dan kegiatan kesehatan terintegrasi dalam penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagai prioritas utama.

- (2) *Anggaran Kesehatan untuk program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan anggaran selain untuk gaji dalam lingkup peningkatan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat dengan tetap memperhatikan kesejahteraan bagl Sumber Daya Manusia Kesehatan.* Hal ini dapat dipahami bahwa anggaran kesehatan yang dialokasikan untuk program dan kegiatan, sebagaimana ditetapkan pada ayat (1), khusus diperuntukkan untuk operasional dan pengembangan layanan, tidak termasuk untuk penggajian. Hal ini menegaskan prioritas pemerintah pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat, sambil tetap memperhatikan kesejahteraan sumber daya manusia kesehatan melalui alokasi dana yang terpisah.
- (3) *Pemerintah Pusat mengalokasikan anggaran Kesehatan dari anggaran pendapatan dan belanja negara sesuai dengan kebutuhan program nasional yang dituangkan dalam rencana induk bidang Kesehatan dengan memperhatikan penganggaran berbasis kinerja.* Hal ini dapat dipahami bahwa Pemerintah Pusat secara strategis mengalokasikan anggaran kesehatan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara untuk mendukung implementasi program-program nasional yang telah dirumuskan dalam rencana induk bidang kesehatan. Pendekatan berbasis kinerja diadopsi untuk memastikan efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran, menjamin

bahwa setiap rupiah yang digunakan memberikan dampak maksimal terhadap peningkatan kesehatan nasional.

- (4) *Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran Kesehatan dari anggaran pendapatan dan belanja daerah sesuai dengan kebutuhan Kesehatan daerah yang mengacu pada program Kesehatan nasional yang dituangkan dalam rencana induk bidang Kesehatan dengan memperhatikan penganggaran berbasis kinerja.* Hal ini dapat dipahami bahwa Pemerintah Daerah mengambil peran aktif dalam penentuan alokasi anggaran kesehatan yang spesifik untuk memenuhi kebutuhan lokal, namun tetap dalam kerangka rencana kesehatan nasional. Ini menunjukkan usaha pemerintah daerah dalam menyelaraskan inisiatif lokal dengan prioritas nasional, juga dengan pendekatan berbasis kinerja untuk menjamin penggunaan dana yang bertanggung jawab dan tepat sasaran.
- (5) *Pengalokasian anggaran Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4), termasuk memperhatikan penyelesaian permasalahan Kesehatan berdasarkan beban penyakit atau epidemiologi.* Hal ini dapat dipahami bahwa pengalokasian anggaran kesehatan yang dikelola baik oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah tidak hanya didasarkan pada rencana strategis, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan mendesak yang berdasarkan data epidemiologi dan beban penyakit. Pendekatan ini memungkinkan respons yang lebih adaptif dan tepat terhadap masalah kesehatan yang paling mendesak di masyarakat.
- (6) *Dalam penyusunan anggaran Kesehatan Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat berwenang untuk menyinkronkan kebutuhan alokasi anggaran untuk kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 403.* Hal ini dapat dipahami bahwa Pemerintah Pusat memiliki wewenang

untuk memastikan bahwa penyusunan anggaran kesehatan oleh Pemerintah Daerah sejalan dengan kebutuhan dan standar yang telah ditetapkan di tingkat nasional. Sinergi ini penting untuk mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya dan memastikan bahwa program kesehatan yang dibiayai dapat mencapai target yang ditetapkan secara efektif di semua tingkatan administrasi pemerintahan.

Melalui penjabaran pasal 409, dapat disimpulkan bahwa anggaran kesehatan diprioritaskan untuk melaksanakan program dan kegiatan di bidang kesehatan, namun tidak termasuk pengeluaran gaji. Pemerintah Pusat mengalokasikan anggaran berdasarkan kebutuhan dalam program kesehatan nasional, sedangkan Pemerintah Daerah berdasarkan kebutuhan daerah namun tetap berlandaskan program kesehatan nasional. Program nasional disusun dalam rencana induk bidang kesehatan dan perencanaan anggarannya mengacu kepada penganggaran berbasis kinerja. Alokasi anggaran kesehatan baik di Pusat maupun Daerah ditujukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan berdasarkan beban penyakit atau epidemiologi. Selain itu, pengawasan ketat dan evaluasi berkala dilakukan untuk memastikan penggunaan anggaran yang efektif dan efisien.

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan, menjelaskan tentang alokasi anggaran sebagai berikut:

Alokasi Anggaran Kementerian/Lembaga yang selanjutnya disebut Alokasi Anggaran K/L adalah batas tertinggi anggaran pengeluaran yang dialokasikan kepada Kementerian/Lembaga berdasarkan hasil pembahasan rancangan APBN yang dituangkan dalam hasil kesepakatan pembahasan rancangan APBN antara Pemerintah dan Dewan Perwakilan Rakyat.

Pada lampiran peraturan tersebut, kesehatan diklasifikasikan sebagai fungsi 07, yang mencakup hal-hal berikut:

- a. 07.01: obat dan peralatan kesehatan*
- b. 07.02: pelayanan kesehatan perorangan*
- c. 07.03: pelayanan kesehatan masyarakat*
- d. 07.04: keluarga berencana*
- e. 07.05: penelitian dan pengembangan kesehatan*
- f. 07.90: kesehatan lainnya*

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa besaran alokasi anggaran diputuskan oleh Dewan Perwakilan Rakyat dan alokasi yang ditetapkan tidak termasuk komponen gaji.

Besaran Anggaran Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, besaran anggaran kesehatan yang diamanatkan adalah sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD, di luar pengeluaran untuk gaji. Kebijakan ini, yang dikenal sebagai mandatory spending, bertujuan untuk menurunkan ketimpangan sosial dan ekonomi antardaerah. Kebijakan ini memastikan bahwa setiap daerah mendapat alokasi dana kesehatan yang cukup untuk meningkatkan standar kesehatan masyarakatnya, memperkuat sistem kesehatan daerah serta mendukung upaya pengurangan disparitas kesehatan.

Pada tahun 2023, Indonesia menggantikan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 dengan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023, yang membawa perubahan signifikan terhadap kebijakan pembiayaan kesehatan. Perubahan paling mencolok adalah penghapusan mandatory spending, yang sebelumnya menetapkan anggaran kesehatan minimal 5% dari APBN dan 10% dari APBD. Sekarang, alokasi anggaran kesehatan akan ditentukan berdasarkan perencanaan yang berorientasi pada kinerja. Kementerian Kesehatan bertugas menyusun Rencana

Induk Kesehatan, yang akan mengarahkan alokasi anggaran ke program-program yang paling efektif dalam memenuhi tujuan kesehatan nasional, memastikan efisiensi penggunaan dana, dan mengukur hasil dari investasi kesehatan yang dilakukan.

Perubahan ini menyebabkan kontra di kalangan ahli ekonomi kesehatan dan keuangan. Salah satunya ahli menyatakan apabila pengeluaran wajib dihapus maka dikhawatirkan anggaran kesehatan justru akan kurang dari 5% (Kurniawan, 2023). Anggaran kesehatan yang direkomendasikan oleh WHO adalah minimal 5%. Sehingga keputusan Pemerintah menghapus mandatory spending berlawanan dengan rekomendasi WHO dan beberapa temuan yang menyatakan bahwa pengeluaran kesehatan berhubungan dengan peningkatan status kesehatan masyarakat (Irwandy, 2023).

Sebelum perubahan ini, anggaran kesehatan Indonesia telah menunjukkan peningkatan yang signifikan, khususnya setelah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Rata-rata anggaran kesehatan dari tahun 2010 hingga 2013 adalah sekitar 2,8%, yang meningkat menjadi 3,4% pada tahun 2014. Setelah mencapai standar WHO sebesar 5% pada tahun 2016, anggaran kemudian mengalami penurunan kembali ke rata-rata 4,8% selama periode 2017 hingga 2019. Pada tahun 2020, anggaran kesehatan kembali meningkat menjadi 6,6%, dan mencapai puncaknya pada tahun 2022 dengan 9,4%, yang jauh melampaui standar WHO (BPS, 2022). Perubahan kebijakan terkini ini, oleh sebagian pihak, dianggap sebagai langkah mundur yang mungkin mempengaruhi kemampuan Indonesia untuk mempertahankan atau meningkatkan anggaran kesehatan di masa mendatang.

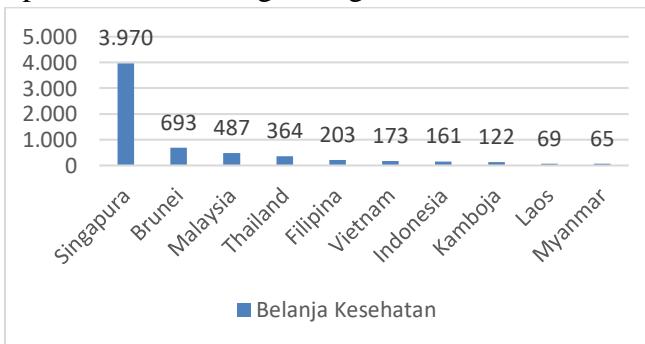
Tabel 8.1. Perkembangan Anggaran Kesehatan di Indonesia
Tahun 2010-2022



Sumber: BPS, (2022)

Apabila dibandingkan dengan anggaran kesehatan negara lain, belanja kesehatan perkapita di Indonesia masih tertinggal. Sebagai contoh di Negara ASEAN, belanja kesehatan di Indonesia hanya sebesar 161 US Dolar, masih jauh di bawah negara Thailand (USD 364), Malaysia (USD 487), Brunei (USD 693) dan Singapura (USD 3.970).

Tabel 8.2. Perbandingan Belanja Kesehatan per Kapita Indonesia dengan Negara ASEAN Tahun 2021



Sumber: World Health Organization, (2024)

Pemerintah memiliki beberapa alasan untuk mengubah kebijakan mandatory spending, termasuk sempitnya ruang fiskal yang membatasi fleksibilitas dalam program, terjadinya korupsi dan kesalahan dalam penempatan anggaran kesehatan, serta tantangan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang memerlukan efisiensi anggaran lebih lanjut (Kurniawan, 2023). Namun, Direktur Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan memastikan bahwa besaran anggaran kesehatan tidak akan kurang dari 5% dari APBN dan 10% dari APBD, tidak termasuk gaji, karena penganggarannya akan lebih fleksibel untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan negara serta untuk menjaga kualitas kesehatan masyarakat (Rachmatarwata, 2023).

Mandatory spending dalam anggaran kesehatan diubah menjadi penganggaran yang lebih fleksibel dan dialokasikan berdasarkan kebutuhan serta komitmen aktual. Kementerian Kesehatan sedang menyusun rencana baru yang dikenal sebagai Rencana Induk Kesehatan, yang akan berfokus pada program kerja yang kemudian akan didukung oleh pendanaan yang sesuai. Rencana Induk Kesehatan ini diharapkan dapat bertindak sebagai pengganti mandatory spending, atau anggaran wajib yang tidak lagi tercantum dalam undang-undang kesehatan terbaru. Dalam konteks ini, pencabutan ketentuan anggaran kesehatan minimal 5% dari UU Kesehatan yang lama menandai pergeseran penting dalam cara pemerintah mengalokasikan dana untuk kesehatan (Sadikin, 2023).

Lingkup Anggaran Kesehatan

Lingkup anggaran kesehatan merujuk pada semua pengeluaran yang direncanakan dan dialokasikan untuk mendukung sistem kesehatan di suatu negara atau organisasi. Di Indonesia, anggaran ini disusun berdasarkan kerangka yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

No 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (2022). Dokumen ini menetapkan visi, misi, tujuan, dan sasaran strategis yang harus dicapai melalui alokasi dan penggunaan dana secara efisien. Dalam kerangka pendanaan ini, terdapat 17 sasaran strategis yang ditargetkan oleh Kementerian Kesehatan, meliputi:

1. Penguatan upaya promotif dan preventif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan pendekatan keluarga, untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan dasar.
2. Pemenuhan sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai (BMHP), dan alat kesehatan untuk pelayanan kesehatan primer, memastikan ketersediaan fasilitas yang memadai.
3. Penguatan tata kelola manajemen dan kolaborasi publik-swasta dalam sistem kesehatan, meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.
4. Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan BMHP untuk pelayanan kesehatan rujukan, memastikan fasilitas rujukan berfungsi optimal.
5. Penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik, untuk meningkatkan spesialisasi layanan kesehatan.
6. Peningkatan mutu dan distribusi rumah sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain, menjaga standar pelayanan yang tinggi.
7. Penguatan produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat tradisional, dan vaksin dalam negeri, mendukung kemandirian dan inovasi lokal.
8. Penguatan surveilans yang adekuat, memastikan sistem pemantauan kesehatan yang efektif.

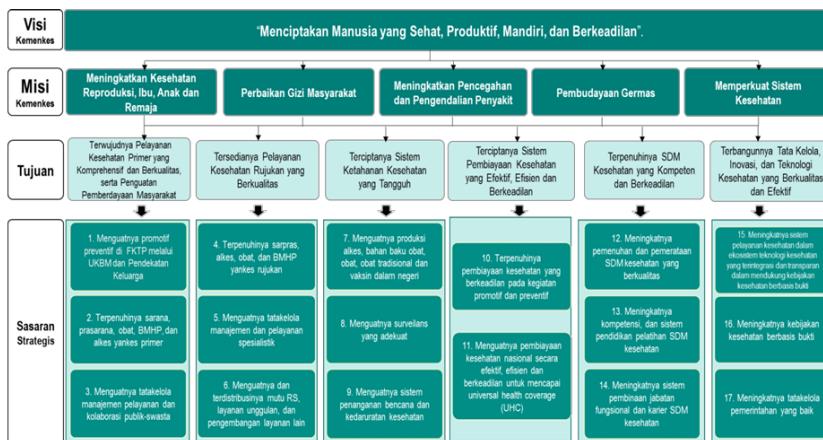
9. Penguatan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan, memperkuat respons terhadap situasi krisis.
10. Pemenuhan pembiayaan kesehatan yang berkeadilan untuk kegiatan promotif dan preventif, memastikan akses yang setara.
11. Penguatan pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien, dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC), memperluas cakupan kesehatan.
12. Peningkatan pemenuhan dan pemerataan sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berkualitas, mendukung profesionalisme dalam layanan kesehatan.
13. Peningkatan kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan, memperkuat kapasitas dan keterampilan tenaga kesehatan.
14. Peningkatan sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan, mendukung perkembangan karier yang berkelanjutan bagi tenaga kesehatan.
15. Peningkatan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan, mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti.
16. Peningkatan kebijakan kesehatan berbasis bukti, memastikan bahwa keputusan dan kebijakan kesehatan didasarkan pada data dan analisis yang solid.
17. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, memastikan praktik administratif yang efisien dan transparan dalam sektor kesehatan.

Kementerian Kesehatan juga menetapkan enam program kerja utama, yaitu:

1. Program Kesehatan Masyarakat, yang fokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di tingkat komunitas.

2. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, untuk menanggulangi penyakit dan kondisi kesehatan yang prevalen.
3. Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang menjamin akses layanan kesehatan yang luas dan inklusif.
4. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi, mendukung pengembangan sumber daya manusia kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.
5. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan, yang bertujuan mengoptimalkan regulasi dan kebijakan untuk mendukung pembangunan kesehatan.
6. Program Dukungan Manajemen, yang memperkuat aspek administratif dan operasional dalam pelayanan kesehatan.

Melalui alokasi anggaran ini, Kementerian Kesehatan berupaya mencapai sasaran yang telah ditetapkan, dengan mengedepankan prinsip efisiensi, efektivitas, dan transparansi.



Gambar 8.1. Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis Kemenkes

Nota Keuangan beserta RAPBN Tahun Anggaran 2024 menjelaskan tentang kebijakan fiskal dalam RAPBN. Kebijakan fiskal adalah kebijakan ekonomi yang digunakan oleh pemerintah untuk mempengaruhi kondisi ekonomi suatu negara melalui pengaturan pengeluaran dan penerimaan negara. Tujuan utama dari kebijakan fiskal adalah untuk mencapai pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan, mengurangi tingkat pengangguran, dan mengendalikan inflasi. Pada tahun 2024, kebijakan fiskal difokuskan untuk mempercepat transformasi ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan, didukung oleh dua strategi utama, yaitu strategi kebijakan jangka pendek serta strategi kebijakan jangka menengah-panjang.

Strategi kebijakan jangka pendek pada sektor kesehatan adalah akcelerasi penurunan prevalensi stunting mencapai 14 persen pada tahun 2024. Sementara itu, strategi kebijakan jangka menengah adalah menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas melalui beberapa program penguatan, yaitu:

- a. Penguatan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk meningkatkan akses layanan kesehatan preventif dan kuratif.
- b. Program pelayanan kesehatan ibu dan anak, pencegahan dan deteksi dini penyakit, serta peningkatan layanan kesehatan bagi lansia.
- c. Penguatan transformasi sistem kesehatan dengan memperkuat fasilitas pelayanan kesehatan, menurunkan prevalensi stunting melalui perbaikan kuantitas dan kualitas asupan nutrisi masyarakat, menurunkan angka kematian bayi, dan meningkatkan usia harapan hidup.

Dengan strategi-strategi ini, pemerintah berharap dapat menciptakan sistem kesehatan yang lebih tangguh dan responsif terhadap tantangan kesehatan di masa depan, serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

Tahun 2024 menandai akhir dari pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Oleh karena itu, alokasi pengeluaran negara difokuskan untuk mencapai sasaran dan target prioritas nasional serta untuk menyelesaikan proyek-proyek besar dan Proyek Strategis Nasional (PSN). Dalam sektor kesehatan, kebijakan prioritas nasional bertujuan untuk mempercepat penurunan stunting dan memastikan keberlanjutan transformasi sistem kesehatan. Untuk itu, anggaran kesehatan tahun 2024 diarahkan untuk:

- a. Percepatan penurunan stunting melalui penajaman lokasi dan intervensi;
- b. Peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan rujukan, antara lain melalui pemenuhan alat kesehatan rumah sakit dan pembangunan rumah sakit di wilayah timur Indonesia;
- c. Peningkatan kualitas dan distribusi tenaga kesehatan;
- d. Penguatan teknologi kesehatan dan kemandirian farmasi dalam negeri; dan
- e. Penguatan program JKN dilakukan melalui penajaman manfaat program berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan dan penyaluran bantuan iuran bagi PBI JKN untuk mendukung penurunan stunting dan kemiskinan.

Strategi yang diambil dalam anggaran kesehatan ini berperan kritikal dalam meningkatkan capaian pembangunan kesehatan nasional. Khususnya, penajaman intervensi untuk stunting tidak hanya akan memperbaiki status gizi anak-anak di Indonesia, tapi juga mempersiapkan generasi masa depan yang lebih sehat dan produktif. Ini adalah langkah penting mengingat dampak jangka panjang stunting pada perkembangan kognitif dan fisik anak. Selain itu, peningkatan infrastruktur dan sumber daya kesehatan di wilayah timur Indonesia adalah kunci dalam mengurangi disparitas kesehatan di negara ini. Pembangunan rumah sakit dan peningkatan akses ke layanan kesehatan yang

berkualitas diharapkan akan mempercepat peningkatan kualitas hidup dan mengurangi angka kematian di wilayah tersebut. Penguatan program JKN dengan fokus pada kebutuhan dasar kesehatan dan dukungan untuk kelompok ekonomi lebih rendah juga akan membantu dalam mewujudkan cakupan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

KESIMPULAN

Pembangunan kesehatan di Indonesia sangat bergantung pada anggaran yang memadai, dialokasikan secara adil dan merata. WHO merekomendasikan bahwa anggaran kesehatan yang layak untuk suatu negara minimal adalah 5%. Indonesia telah memenuhi standar ini sejak tahun 2020, dimana anggaran kesehatan telah melebihi 5%, sehingga amanah dari Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 telah terpenuhi. Namun, pemerintah menggantikan undang-undang tersebut dengan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023, yang menghapus kewajiban pemerintah untuk menyediakan anggaran sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD. Perubahan ini menimbulkan kekhawatiran bahwa anggaran kesehatan dapat kembali turun di bawah 5%, yang dapat menghambat pelaksanaan program-program kesehatan masyarakat. Meskipun ada kekhawatiran ini, pemerintah menjamin bahwa besaran anggaran kesehatan tidak akan kurang dari 5%. Pada tahun 2024, fokus anggaran kesehatan adalah melanjutkan program prioritas nasional, yaitu percepatan penurunan stunting menjadi 14% dan keberlanjutan transformasi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- BPS. (2022). *Anggaran Kesehatan Tahun 2010-2022.*
<https://www.bps.go.id/id/statistics-table/1/MTk2OCMx/anggaran-kesehatan-dari-direktorat-penyesunan-apbn---direktorat-jenderal-anggaran--kementerian-keuangan.html>
- Irwandy. (2023, July 21). UU Kesehatan baru: apakah penghapusan anggaran wajib minimal 5% APBN dan 10% APBD tepat saat ini? *The Conversation.*
<https://theconversation.com/uu-kesehatan-baru-apakah-penghapusan-anggaran-wajib-minimal-5-apbn-dan-10-apbd-tepat-saat-ini-209875>
- Kementerian Keuangan. (2024). *Nota Keuangan beserta RAPBN Tahun Anggaran 2024.*
<https://media.kemenkeu.go.id>
- Kurniawan, A. (2023, July 18). Menakar Penghapusan Pengeluaran Wajib. *LAN RI.*
[https://lan.go.id/?p=14429#:~:text=Pemerintah%20memilik i%20alasan%20melakukan%20penghapusan,jaminan%20ke sehatan%20nasional%20\(JKN\).](https://lan.go.id/?p=14429#:~:text=Pemerintah%20memilik i%20alasan%20melakukan%20penghapusan,jaminan%20ke sehatan%20nasional%20(JKN).)
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (2022).
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 Tentang Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, Serta Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan (2023).
- Presiden Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.*
- Rachmatarwata, I. (2023, July 11). Kemenkeu Pastikan Anggaran Kesehatan Aman, Berapa Besarnya? *CNBC Indonesia.*
<https://www.cnbcindonesia.com/news/20230711190859-4->

453389/kemenkeu-pastikan-anggaran-kesehatan-aman-berapa-besarnya

Sadikin, B. G. (2023, July 11). Menkes Budi Susun Rencana Baru Anggaran Kesehatan, Biar Tak Buang-Buang Uang. *Liputan* 6.
<https://www.liputan6.com/health/read/5343649/menkes-budi-susun-rencana-baru-anggaran-kesehatan-biar-tak-buang-buang-uang>

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (2023).

World Health Organization. (2024). *Global Health Expenditure Database*.

https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

PROFIL PENULIS



Yuyun Umniyatun

Penulis adalah Dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia jurusan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit. Penulis pernah bekerja di rumah sakit selama lebih dari 10 tahun di bagian keuangan dan admisi. Penulis saat ini mengajar di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) dan mengampu beberapa mata kuliah di antaranya Pembiayaan dan Penganggaran kesehatan, Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan, Analisis Kebijakan Kesehatan, Manajemen Keuangan Rumah Sakit dan Standarisasi dan Akreditasi Rumah Sakit.

BAB 9

EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Loso Judijanto
IPOSS, Jakarta
E-mail: losojudijantobumn@gmail.com

PENDAHULUAN

Evaluasi program kesehatan merupakan komponen krusial dalam siklus manajemen kesehatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan dampak dari program kesehatan yang telah diimplementasikan. Dalam era yang semakin menekankan pentingnya akuntabilitas dan transparansi, evaluasi tidak hanya membantu dalam mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan program, tetapi juga menyediakan dasar yang solid dalam rangka pembuatan keputusan yang semakin baik serta pengembangan kebijakan yang benar-benar berbasis bukti.

Tujuan utama dari evaluasi program kesehatan adalah untuk memastikan bahwa tujuan dan sasaran program tercapai dengan baik. Selain itu evaluasi juga memberikan kesempatan bagi para pembuat kebijakan, pelaksana program, dan pemangku kepentingan lainnya untuk mendapatkan umpan balik yang berguna bagi peningkatan berkelanjutan program tersebut. Manfaat yang diperoleh dari evaluasi meliputi peningkatan kualitas layanan kesehatan, alokasi sumber daya yang lebih efisien, serta peningkatan kepuasan dan kesejahteraan masyarakat.

Penggunaan indikator yang tepat dalam evaluasi merupakan aspek penting yang menentukan keberhasilan proses evaluasi. Indikator ini mencakup berbagai aspek, mulai dari *input*, proses, *output*, hingga *outcome* dan *impact*. Proses evaluasi yang

sistematis, mulai dari perencanaan, pengumpulan data, analisis, hingga pelaporan, memastikan bahwa evaluasi berjalan dengan transparan dan objektif, memberikan gambaran yang jelas tentang efektivitas program kesehatan yang dijalankan.

TUJUAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Evaluasi program kesehatan merupakan proses sistematis untuk menilai efektivitas dan efisiensi program-program yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini adalah sangat penting memahami tujuan evaluasi program kesehatan yang meliputi tujuan umum dan khusus serta tujuan berdasarkan perspektif berbagai *stakeholder*. Selanjutnya penting pula mempunyai pemahaman mengenai pertimbangan penting di balik dilakukannya evaluasi termasuk bagaimana hal itu dapat membantu dalam perbaikan terus-menerus terhadap program kesehatan yang sedang dilaksanakan.

Definisi Evaluasi Program Kesehatan

Evaluasi program kesehatan didefinisikan sebagai proses sistematis dan objektif untuk menilai desain, implementasi dan hasil dari program kesehatan guna meningkatkan efektivitas dan efisiensi program tersebut. Evaluasi ini mencakup berbagai aspek mulai dari perencanaan hingga hasil akhir dan bertujuan untuk memberikan informasi yang berharga bagi semua pihak yang terlibat dalam program.

Evaluasi program kesehatan membantu mengidentifikasi apakah suatu intervensi mencapai tujuannya dan memberikan dukungan data yang dibutuhkan dalam melakukan pembuatan keputusan yang tepat. Proses ini sangat esensial karena memungkinkan pengelola program untuk melihat secara objektif keberhasilan dan kekurangan dari program yang dijalankan.

Evaluasi program kesehatan memungkinkan untuk menentukan apakah sumber daya yang digunakan dalam

program tersebut telah dimanfaatkan secara efisien. Evaluasi yang tepat dapat membantu memastikan bahwa dana yang dialokasikan untuk program kesehatan digunakan secara optimal dan memberikan dampak yang maksimal (L. Johnson, Smith, & Parker, 2021). Evaluasi yang efektif memerlukan pendekatan yang terstruktur dan didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat.

Tujuan Umum Evaluasi Program Kesehatan

Tujuan umum dalam evaluasi program kesehatan adalah dalam rangka mengukur efektivitas serta efisiensi program tersebut dalam mencapai sasaran yang sudah ditentukan. Evaluasi tersebut dimaksudkan dalam rangka memastikan agar program kesehatan mampu menghasilkan kemanfaatan yang maksimal untuk seluruh masyarakat dengan cara yang paling efisien. Evaluasi program kesehatan sangat penting dalam melakukan penilaian apakah sasaran program sudah dapat dicapai dan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan (H. Brown, Green, & Harris, 2022). Dengan demikian evaluasi memungkinkan pengelola program untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan guna meningkatkan kinerja program di masa mendatang.

Evaluasi juga bertujuan dalam rangka menyediakan informasi yang bermanfaat untuk pembuatan keputusan di masa depan. Data yang dihasilkan dari evaluasi program kesehatan mampu didayagunakan dalam membuat rancangan program-program terbaru yang lebih efektif serta efisien. Hal ini menunjukkan pentingnya evaluasi dalam siklus manajemen program kesehatan.

Tujuan Khusus Evaluasi Program Kesehatan

Tujuan khusus evaluasi program kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu evaluasi proses, hasil, dan dampak. Evaluasi proses bertujuan untuk menilai bagaimana

program dijalankan, sementara evaluasi hasil dan dampak bertujuan untuk menilai perubahan yang terjadi akibat program tersebut. Evaluasi proses penting untuk memastikan bahwa semua komponen program dijalankan sesuai rencana dan untuk mengidentifikasi kendala yang mungkin timbul selama pelaksanaan. Evaluasi ini membantu dalam memonitor dan memperbaiki proses pelaksanaan program agar lebih efisien dan efektif (M. Lewis, Clark, & Evans, 2020).

Di sisi lain evaluasi hasil fokus pada hasil langsung dari program seperti perubahan perilaku kesehatan atau peningkatan pengetahuan kesehatan. Evaluasi hasil dapat memberikan gambaran tentang seberapa baik program berhasil mencapai tujuan-tujuan spesifiknya. Hal ini sangat penting untuk menentukan keberhasilan program dalam jangka pendek.

Tujuan Evaluasi Kesehatan Berdasarkan *Stakeholder*

Evaluasi program kesehatan melibatkan berbagai *stakeholder* termasuk pembuat kebijakan, pelaksana program, dan masyarakat penerima manfaat. Setiap kelompok memiliki tujuan yang berbeda dalam proses evaluasi.

Pembuat kebijakan menggunakan hasil evaluasi untuk membuat keputusan yang lebih baik. Evaluasi program kesehatan memberikan data yang kritis bagi pembuat kebijakan untuk menentukan apakah program tersebut layak untuk dilanjutkan atau perlu disesuaikan (Thompson, Jones, & Scott, 2023). Dengan demikian evaluasi menjadi alat yang penting untuk pengambilan keputusan berbasis bukti.

Pelaksana program, di sisi lain, menggunakan evaluasi untuk memperbaiki program yang sedang berjalan. Evaluasi memberikan umpan balik yang sangat diperlukan bagi pelaksana program untuk melakukan perbaikan terus-menerus dan memastikan bahwa program dijalankan dengan efektif. Evaluasi membantu dalam mengidentifikasi area yang membutuhkan

perbaikan dan memungkinkan pelaksana untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan.

MANFAAT EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Evaluasi program kesehatan memainkan peran penting dalam memastikan bahwa intervensi kesehatan mencapai tujuan yang diinginkan dan menghasilkan kemanfaatan secara maksimal terhadap seluruh pemangku kepentingan. Kemanfaatan evaluasi harus dapat dirasakan oleh beragam pihak sejak dari pengambil kebijakan sampai masyarakat luas. Adalah sangat penting memahami manfaat evaluasi program kesehatan dari empat perspektif utama: pembuat kebijakan, pelaksana program, masyarakat, dan peneliti. Adalah penting pula memahami secara jelas bagaimana evaluasi dapat meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan kualitas layanan kesehatan.

Manfaat bagi Pembuat Kebijakan

Pembuat kebijakan memegang peran kunci dalam perencanaan, penganggaran, dan implementasi program kesehatan. Evaluasi program kesehatan memberikan data dan wawasan penting yang mampu didayagunakan dalam mengambil keputusan yang semakin baik serta semakin tepat sasaran. Dengan data evaluasi yang akurat, pembuat kebijakan dapat memperoleh pemahaman hal-hal yang sukses serta hal-hal yang harus ditingkatkan dalam suatu program kesehatan.

Evaluasi program kesehatan juga menyediakan bukti empiris yang dapat membantu pembuat kebijakan dalam mengambil keputusan yang lebih informasional. Data dari evaluasi memungkinkan pembuat kebijakan untuk mengidentifikasi intervensi yang paling efektif dan efisien serta mengalokasikan sumber daya dengan lebih baik. Dengan demikian evaluasi menjadi alat yang penting untuk memastikan

bahwa dana dan upaya yang dikeluarkan benar-benar berdampak positif pada kesehatan masyarakat (Smith & Jones, 2021).

Di sisi lain sumber daya dalam bidang kesehatan seringkali terbatas dan harus digunakan dengan bijak. Evaluasi program kesehatan membantu dalam menentukan prioritas alokasi sumber daya. Dengan mengevaluasi program kesehatan secara sistematis, pembuat kebijakan dapat mengalokasikan dana dan sumber daya lainnya ke program yang terbukti efektif dan efisien sehingga memaksimalkan manfaat bagi masyarakat. Dengan demikian evaluasi membantu memastikan bahwa sumber daya yang terbatas digunakan dengan cara yang paling produktif (Smith, Jones, & White, 2021).

Manfaat bagi Pelaksana Program

Pelaksana program kesehatan adalah individu atau organisasi yang bertanggung jawab langsung atas implementasi intervensi kesehatan. Evaluasi program memberikan umpan balik yang berharga mengenai kinerja dan hasil dari program yang dijalankan. Melalui evaluasi, pelaksana program dapat mengenali keberhasilan dan kekurangan, serta membuat penyesuaian yang diperlukan untuk meningkatkan efektivitas program.

Evaluasi memberikan umpan balik yang konstruktif yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas program. Umpan balik dari evaluasi membantu pelaksana program untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan mengembangkan strategi untuk mengatasi tantangan yang dihadapi. Dengan demikian pelaksana program dapat terus mengembangkan dan memperbaiki program berdasarkan temuan evaluasi (Miller & Thompson, 2023).

Hasil evaluasi yang positif dapat meningkatkan motivasi dan moral tim pelaksana program. Ketika pelaksana program melihat bahwa upaya yang dilakukan membawa hasil yang

signifikan dan diakui melalui evaluasi, hal ini dapat meningkatkan semangat kerja dan dedikasi pelaksana terhadap program. Evaluasi juga dapat mendorong kinerja yang lebih baik dengan memberikan panduan yang terang mengenai hal-hal yang sukses serta hal-hal yang masih harus diperbaiki (P. Johnson, Lee, & White, 2024).

Manfaat bagi Masyarakat

Masyarakat adalah penerima utama dari setiap program kesehatan yang diimplementasikan. Evaluasi program kesehatan memberikan jaminan bahwa program tersebut efektif serta menghasilkan kemanfaatan secara signifikan untuk masyarakat. Di samping itu evaluasi juga berperan dalam meningkatkan transparansi dan akuntabilitas sehingga masyarakat dapat merasa lebih percaya dan terlibat dalam program kesehatan. Melalui evaluasi diharapkan kualitas layanan kesehatan dapat terus ditingkatkan. Evaluasi program kesehatan membantu dalam mengidentifikasi komponen-komponen program yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Dengan demikian evaluasi memastikan bahwa masyarakat menerima layanan kesehatan yang berkualitas dan efektif.

Evaluasi program kesehatan juga berkontribusi pada peningkatan transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan program kesehatan. Dengan adanya evaluasi yang sistematis dan terbuka, masyarakat dapat memantau dan menilai bagaimana program kesehatan dijalankan dan apa hasil yang dicapai. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program kesehatan dan pihak yang mengelolanya (Lee & Parker, 2021).

Manfaat bagi Peneliti

Peneliti mempunyai peranan vital untuk mengembangkan ilmu pengetahuan serta meningkatkan program kesehatan. Evaluasi program kesehatan menyediakan informasi yang mampu didayagunakan pada penelitian tingka lanjutan yang pada gilirannya mampu berkontribusi pada pengembangan teori dan praktik baru dalam bidang kesehatan. Selain itu evaluasi juga memberikan peluang bagi peneliti untuk mempublikasikan temuan penelitian dan meningkatkan reputasi akademik.

Evaluasi program kesehatan menyediakan data empiris yang dapat digunakan untuk mengembangkan teori dan praktik baru dalam bidang kesehatan. Data dari evaluasi program kesehatan dapat digunakan oleh peneliti untuk mengidentifikasi tren, pola, dan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program kesehatan. Dengan demikian evaluasi berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan yang lebih mendalam dan aplikasi yang lebih baik dalam praktik kesehatan (Garcia & Martin, 2022).

Bagi peneliti hasil evaluasi program kesehatan dapat menjadi bahan yang berharga untuk publikasi ilmiah. Publikasi hasil evaluasi program kesehatan di jurnal-jurnal akademik dapat meningkatkan reputasi dan pengakuan akademik peneliti. Selain itu publikasi hasil evaluasi juga dapat berkontribusi pada penyebarluasan pengetahuan dan praktik terbaik dalam bidang kesehatan (Robinson & Patel, 2023).

INDIKATOR EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Evaluasi program kesehatan merupakan sebuah proses yang sistematis dan berkelanjutan dalam rangka melakukan pengukuran efektivitas, efisiensi, serta implikasi program kesehatan pada populasi yang dilayani. Salah satu komponen penting dalam evaluasi program kesehatan adalah penggunaan indikator yang tepat. Indikator berfungsi sebagai alat ukur yang

membantu dalam menilai berbagai aspek dari program kesehatan, mulai dari input hingga outcome. Dalam hal ini adalah penting untuk memahami definisi dan jenis indikator, indikator kualitas, indikator kuantitatif dan kualitatif, serta pemilihan indikator yang relevan untuk evaluasi program kesehatan.

Definisi dan Jenis Indikator

Indikator evaluasi program kesehatan adalah ukuran yang digunakan untuk menilai aspek-aspek tertentu dari program kesehatan. Indikator ini dapat mencakup berbagai dimensi, mulai dari *input*, proses, *output*, *outcome*, hingga *impact* dari program tersebut. Indikator yang digunakan sebaiknya sesuai dengan kaidah SMART: *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, dan Time-bound*.

Indikator *input* mengukur sumber daya yang digunakan dalam pelaksanaan program seperti jumlah tenaga kesehatan, anggaran, dan fasilitas. Indikator proses menilai bagaimana program dilaksanakan, termasuk kualitas dan efisiensi pelaksanaan kegiatan. Indikator *output* mengukur hasil langsung dari aktivitas program seperti jumlah vaksin yang sudah diberikan atau jumlah pasien yang sudah dirawat. Indikator *outcome* menilai perubahan yang terjadi akibat program seperti peningkatan tingkat kekebalan masyarakat terhadap penyakit tertentu. Terakhir indikator *impact* mengukur implikasi jangka panjang dari program semisal penurunan indikator angka kematian atau peningkatan harapan hidup.

Penggunaan indikator yang tepat dapat membantu dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan memastikan bahwa tujuan program tercapai. Indikator yang dipilih harus relevan dengan tujuan program serta dapat menyajikan informasi dengan akurasi memadai dalam rangka pembuatan keputusan (Smith et al., 2021). Indikator juga harus

disesuaikan dengan konteks lokal dan kebutuhan spesifik dari program kesehatan yang dievaluasi. Misalnya indikator yang digunakan dalam program kesehatan ibu dan anak mungkin berbeda dengan indikator yang digunakan dalam program pencegahan penyakit menular. Pemilihan indikator yang sesuai dengan konteks lokal sangat penting untuk memastikan bahwa hasil evaluasi dapat digunakan untuk perbaikan program yang efektif (P. Johnson & Williams, 2020).

Indikator Kualitas

Indikator kualitas dalam evaluasi program kesehatan adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai aspek-aspek kualitas dari layanan kesehatan yang diberikan. Kualitas layanan kesehatan mencakup beberapa dimensi termasuk efektivitas, efisiensi, aksesibilitas, keamanan, dan kepuasan pasien. Indikator kualitas dapat berupa indikator struktur, proses, dan hasil.

Indikator struktur menilai sumber daya yang disediakan dalam rangka memberikan layanan kesehatan semisal fasilitas, tenaga kesehatan, dan peralatan medis. Indikator proses menilai bagaimana layanan diberikan termasuk kepatuhan terhadap protokol dan standar operasional. Indikator hasil menilai dampak layanan terhadap kesehatan pasien seperti tingkat kesembuhan atau kepuasan pasien.

Efektivitas layanan kesehatan dapat diukur melalui indikator yang menilai keberhasilan intervensi kesehatan dalam mencapai hasil yang diinginkan. Misalnya tingkat kesembuhan pasien setelah pengobatan adalah salah satu indikator efektivitas. Indikator efektivitas penting untuk menilai apakah intervensi kesehatan memberikan hasil yang diharapkan dan berdampak positif terhadap kesehatan pasien (Anderson, Lee, & Kim, 2022).

Indikator efisiensi menilai penggunaan sumber daya dalam pemberian layanan kesehatan. Efisiensi berkaitan dengan bagaimana sumber daya digunakan secara optimal untuk memberikan hasil yang maksimal. Misalnya rasio antara jumlah pasien yang dilayani dan jumlah tenaga kesehatan adalah salah satu indikator efisiensi. Efisiensi layanan kesehatan dapat ditingkatkan dengan menjamin agar sumber daya didayagunakan dengan optimal serta tidak terbuang percuma.

Indikator Kuantitatif dan Kualitatif

Indikator kuantitatif adalah ukuran numerik yang digunakan untuk menilai berbagai aspek dari program kesehatan. Indikator ini mencakup data yang dapat diukur dan dianalisis secara statistik seperti jumlah pasien yang dirawat, tingkat kesembuhan, atau angka kematian. Indikator kuantitatif memberikan informasi yang objektif dan dapat dibandingkan dari waktu ke waktu.

Indikator kualitatif, di sisi lain, adalah ukuran yang menilai aspek yang tidak dapat diukur secara numerik tetapi memberikan wawasan tentang pengalaman dan persepsi. Indikator ini mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, fokus grup diskusi, dan observasi. Indikator kualitatif memberikan informasi yang lebih mendalam tentang konteks dan faktor yang mempengaruhi hasil program.

Penggunaan kedua jenis indikator ini memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang efektivitas program kesehatan. Menggabungkan indikator kuantitatif dan kualitatif membantu dalam memahami tidak hanya hasil yang dicapai tetapi juga proses dan faktor yang mempengaruhinya. Misalnya dalam evaluasi program vaksinasi indikator kuantitatif dapat mencakup jumlah vaksin yang diberikan dan tingkat kekebalan masyarakat. Sementara itu indikator kualitatif dapat mencakup persepsi masyarakat tentang vaksinasi dan hambatan yang

dihadapi dalam pelaksanaan program. Indikator kualitatif menyediakan pemahaman yang semakin dalam tentang persepsi serta pengalaman masyarakat yang tidak dapat diungkapkan dengan menggunakan data kuantitatif semata-mata (Davis & Martin, 2021).

Pemilihan Indikator yang Relevan

Pemilihan indikator yang relevan adalah langkah kritis dalam evaluasi program kesehatan. Indikator yang dipilih harus sesuai dengan tujuan program, konteks lokal, dan kebutuhan spesifik dari *stakeholder*. Kriteria pemilihan indikator meliputi relevansi, kelayakan, keandalan, dan kepraktisan.

Indikator yang relevan adalah indikator yang secara langsung berkaitan dengan tujuan program. Misalnya jika tujuan program adalah untuk mengurangi angka kematian ibu, maka indikator yang relevan bisa berupa angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Pemilihan indikator yang relevan membantu dalam mengarahkan fokus evaluasi pada aspek-aspek yang paling penting (Evans & Lee, 2023).

Kelayakan indikator berkaitan dengan ketersediaan data dan kemampuan untuk mengumpulkan data tersebut. Indikator yang dipilih harus memiliki data yang tersedia atau data yang bisa dikumpulkan dengan sumber daya yang ada. Kelayakan indikator sangat penting untuk memastikan bahwa evaluasi dapat dilakukan dengan sumber daya yang tersedia.

Keandalan indikator berkaitan dengan konsistensi dan akurasi data yang dikumpulkan. Indikator yang andal memberikan hasil yang konsisten dan akurat ketika digunakan dalam berbagai konteks dan waktu. Keandalan indikator menjamin agar hasil evaluasi bisa terpercaya serta bisa didayagunakan untuk pembuatan keputusan yang tepat (P. Green & Harris, 2022).

Kepraktisan indikator berkaitan dengan kemudahan dalam pengumpulan dan analisis data. Indikator yang praktis adalah indikator yang dapat dikumpulkan dan dianalisis dengan cara yang efisien tanpa memerlukan sumber daya yang besar. Kepraktisan indikator membantu dalam memastikan bahwa evaluasi dapat dilakukan secara efisien dan efektif.

PROSES EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Proses evaluasi program kesehatan merupakan tahap krusial yang memastikan apakah tujuan program kesehatan tercapai serta mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Dalam hal ini adalah penting memahami tahapan proses evaluasi, metode dan teknik yang digunakan, pengumpulan data, analisis dan interpretasi data, serta penyusunan laporan evaluasi.

Tahapan Proses Evaluasi

Perencanaan Evaluasi. Perencanaan evaluasi adalah tahapan awal yang sangat fundamental pada proses evaluasi. Pada tahap ini tujuan evaluasi ditentukan, sumber daya diidentifikasi, dan desain evaluasi dikembangkan. Perencanaan yang matang adalah fondasi dari evaluasi yang efektif karena menentukan arah dan fokus dari seluruh proses evaluasi. Tanpa perencanaan yang baik, proses evaluasi dapat kehilangan arah dan tidak memberikan hasil yang valid (Smith & Brown, 2022).

Perencanaan juga melibatkan pemilihan tim evaluasi yang kompeten. Tim evaluasi harus terdiri dari individu-individu yang memiliki keahlian dalam metode evaluasi, analisis data, dan pemahaman yang mendalam tentang program yang dievaluasi. Keterlibatan ahli di bidang yang relevan dapat meningkatkan akurasi dan kredibilitas hasil evaluasi. Hal ini memastikan bahwa proses evaluasi dilakukan secara profesional dan objektif.

Pengumpulan Data. Pengumpulan data adalah tahapan kritis pada proses evaluasi. Data yang dikumpulkan bisa merupakan data primer serta data sekunder. Data primer didapatkan secara langsung dari lapangan berdasarkan survei, wawancara, serta observasi. Pengumpulan data yang akurat dan reliabel sangat penting untuk menghasilkan temuan evaluasi yang valid (P. Johnson, 2023). Data sekunder, di sisi lain, diambil dari sumber-sumber yang sudah ada seperti laporan sebelumnya, jurnal, serta basis data publik.

Pengumpulan data juga memerlukan perencanaan yang matang terkait metode yang akan digunakan dan alat pengumpul data. Pemilihan metode pengumpulan data harus disesuaikan dengan tujuan evaluasi dan karakteristik populasi yang diteliti. Misalnya jika tujuan evaluasi adalah untuk mengukur kepuasan pasien, maka survei dengan kuesioner tertutup mungkin lebih efektif dibandingkan wawancara mendalam.

Analisis Data. Setelah data dikumpulkan, tahapan berikutnya yaitu menganalisis data. Tahap ini mencakup pengolahan data mentah menjadi informasi yang bermakna melalui teknik-teknik statistika atau interpretasi kualitatif. Analisis data yang komprehensif dapat mengungkapkan pola dan tren yang tidak terlihat dari sekadar melihat data mentah. Analisis data harus dilakukan dengan cermat untuk memastikan validitas dan reliabilitas hasil evaluasi (T. Brown, 2024).

Analisis data harus mempertimbangkan konteks program dan variabel-variabel lain yang mungkin mempengaruhi hasil. Analisis data yang kontekstual dan holistik dapat memberikan gambaran yang lebih akurat tentang efektivitas program. Dengan demikian hasil evaluasi tidak hanya menggambarkan kondisi saat ini tetapi juga memberikan wawasan untuk perbaikan di masa depan (S. Lewis, 2020).

Pelaporan Hasil. Tahap terakhir dari proses evaluasi adalah penyusunan laporan hasil evaluasi. Laporan ini harus

disusun dengan jelas dan terstruktur supaya dapat dipahami oleh seluruh pihak yang mempunyai kepentingan atas program tersebut. Laporan evaluasi yang baik harus menyajikan temuan dengan cara yang transparan dan akurat serta memberikan rekomendasi yang dapat diimplementasikan.

Laporan evaluasi harus mencakup latar belakang program, tujuan evaluasi, metodologi, temuan, dan rekomendasi. Transparansi dalam pelaporan sangat vital dalam menjamin agar temuan evaluasi benar-benar terpercaya serta bisa didayagunakan untuk basis pembuatan keputusan. Selain itu laporan harus disesuaikan dengan audiensnya, misalnya laporan untuk pembuat kebijakan mungkin berbeda dengan laporan untuk pelaksana program.

Metode dan Teknik Evaluasi

Metode kuantitatif dalam evaluasi program kesehatan menggunakan data numerik dan statistik untuk mengukur berbagai aspek dari program tersebut. Metode kuantitatif sangat berguna untuk mengevaluasi *output* dan *outcome* karena dapat memberikan bukti yang objektif dan terukur. Teknik yang sering digunakan meliputi survei, eksperimen, dan analisis data sekunder.

Survei adalah salah satu teknik kuantitatif yang paling umum digunakan. Survei memungkinkan pengumpulan data dari sampel yang memadai dengan cara yang sistematis. Survei yang dirancang dengan baik dapat memberikan gambaran yang komprehensif tentang persepsi dan pengalaman peserta program. Selain itu eksperimen khususnya eksperimen terkendali secara acak (RCT) dinilai merupakan standar terbaik untuk melakukan evaluasi karena dapat mengisolasi efek dari intervensi tertentu secara obyektif (Smith & Jones, 2020).

Metode kualitatif, di sisi lain, bertujuan untuk memahami konteks, proses, dan persepsi yang mendalam dari program

kesehatan. Metode kualitatif mampu menyediakan pemahaman yang relatif semakin dalam mengenai bagaimana dan mengapa sebuah program bekerja atau tidak bekerja. Teknik kualitatif yang sering digunakan mencakup wawancara mendalam, *focus group discussion (FGD)* serta observasi partisipatif.

Wawancara mendalam memfasilitasi peneliti dalam mengeksplorasi persepsi serta pengalaman individu dengan sangat rinci. Wawancara mendalam membantu mengungkapkan dimensi subjektif yang mungkin tidak terdeteksi melalui metode kuantitatif. FGD, sebaliknya, mengumpulkan sekelompok orang untuk mendiskusikan isu-isu tertentu dan dapat mengidentifikasi dinamika kelompok dan konsensus. FGD adalah teknik yang efektif untuk menggali pendapat kolektif dan interaksi antar peserta.

Di sisi lain penggunaan metode campuran atau *mixed methods* mengombinasikan pendekatan kuantitatif dengan kualitatif dalam rangka memperoleh pemahaman yang semakin lengkap dan holistik. Pendekatan metode campuran memungkinkan peneliti untuk memanfaatkan kekuatan dari kedua metode dan mengkompensasi kelemahannya masing-masing. Dengan menggabungkan data numerik dan naratif, evaluasi dapat memberikan bukti yang lebih kuat dan menyeluruh (Creswell, 2021).

Contoh aplikasi metode campuran adalah menggabungkan survei kuantitatif dengan wawancara kualitatif. Pendekatan tersebut memfasilitasi peneliti dalam melakukan konfirmasi temuan kuantitatif dengan informasi dari pendekatan kualitatif serta mengeksplorasi lebih dalam temuan yang menarik atau tidak terdug. Teknik ini juga dapat digunakan untuk triangulasi data di mana hasil dari satu metode diverifikasi oleh metode lain untuk meningkatkan validitas.

Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer mencakup proses pengumpulan data secara langsung dari sumber pertama melalui berbagai teknik seperti survei, wawancara, dan observasi. Pengumpulan data primer penting untuk mendapatkan informasi yang spesifik dan relevan dengan tujuan evaluasi (P. Johnson, 2023). Teknik ini memungkinkan evaluasi yang lebih akurat dan relevan karena data dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan evaluasi.

Survei adalah teknik pengumpulan data primer yang umum digunakan, memungkinkan pengumpulan data dari sejumlah responden dengan cepat. Survei yang dirancang dengan baik dapat mengumpulkan data kuantitatif yang dapat dianalisis secara statistika untuk memberikan wawasan tentang pola dan tren. Wawancara mendalam, di sisi lain, memberikan wawasan kualitatif yang lebih mendalam tentang pengalaman dan persepsi individu terkait program kesehatan.

Data sekunder didapatkan berdasarkan sumber yang telah tersedia semisal laporan, jurnal serta basis data publik. Penggunaan data sekunder dapat melengkapi data primer dan menyediakan konteks yang lebih luas untuk analisis. Data sekunder bisa lebih mudah diakses dan menghemat waktu serta sumber daya dalam proses evaluasi (Walker & Hall, 2022). Namun demikian pendayagunaan data sekunder perlu dilaksanakan secara berhati-hati. Validitas dan relevansi data sekunder harus dievaluasi untuk memastikan bahwa data tersebut sesuai dengan tujuan evaluasi. Evaluator harus mempertimbangkan sumber data, metode pengumpulan, dan konteks asli dari data sekunder untuk memastikan akurasi dan relevansinya (Martin & Brown, 2022).

Instrumen pengumpulan data seperti kuesioner, lembar observasi, dan pedoman wawancara wajib didesain secara berhati-hati agar menjamin bahwa data yang diperoleh mempunyai akurasi dan relevansi yang tinggi. Pemilihan

instrumen yang tepat sangat penting untuk mengumpulkan data secara valid serta dapat diandalkan. Instrumen wajib dilakukan uji coba sebelumnya dalam rangka memastikan bahwa instrumen tersebut bekerja sesuai dengan yang diharapkan.

Kuesioner, misalnya, harus dirancang dengan pertanyaan yang jelas dan tidak ambigu. Pertanyaan yang dirumuskan dengan baik dapat mengurangi bias responden dan meningkatkan kualitas data yang dikumpulkan. Demikian juga pedoman wawancara harus dirancang untuk memungkinkan eksplorasi mendalam dari topik yang relevan dengan evaluasi.

Analisis dan Interpretasi Data

Analisis data kuantitatif melibatkan penggunaan statistik untuk mengolah data numerik yang telah dikumpulkan. Analisis statistik yang tepat dapat mengungkapkan pola, hubungan, dan tren dalam data yang tidak terlihat dari sekadar melihat data mentah. Teknik-teknik yang sering digunakan meliputi analisis deskriptif, inferensial, dan multivariat.

Analisis deskriptif menyediakan gambaran umum tentang data, seperti mean, median, dan distribusi frekuensi. Analisis deskriptif adalah langkah awal yang penting untuk memahami karakteristik dasar dari data (Smith & Brown, 2022). Analisis inferensial seperti uji-t dan ANOVA digunakan untuk menguji hipotesis dan menentukan apakah perbedaan yang diamati antara kelompok signifikan secara statistik. Teknik ini penting untuk menarik kesimpulan yang valid tentang populasi berdasarkan sampel (Taylor & Green, 2020).

Di sisi lain analisis data kualitatif melibatkan interpretasi data non-numerik seperti transkrip wawancara dan catatan observasi. Analisis kualitatif bertujuan untuk memahami makna dan konteks dari data yang sering kali melibatkan pengkodean, tema, dan interpretasi naratif (L. Green, 2022). Teknik-teknik

umum yang digunakan meliputi analisis tematik, analisis naratif, dan teori dasar (*grounded theory*).

Analisis tematik, misalnya, melibatkan pengidentifikasi pola atau tema dalam data kualitatif. Teknik ini memungkinkan peneliti untuk mengorganisasikan data menjadi kategori yang bermakna dan mengidentifikasi tema utama yang muncul (Johnson & Davis, 2020). Analisis naratif berfokus pada cerita individu dan bagaimana responden menggambarkan persepsi dan pengalaman masing-masing. Metode ini sangat berguna untuk memahami pengalaman subjektif dan kompleksitas dari interaksi sosial.

Adalah penting untuk memastikan bahwa data yang dianalisis mempunyai karakteristik validitas serta reliabilitas yang tinggi. Validitas mengacu pada sejauh mana data benar-benar mampu melakukan pengukuran sesuai yang dimaksudkan untuk dilakukan pengukuran, sementara reliabilitas merujuk kepada konsistensi pengukuran. Validitas dan reliabilitas adalah prinsip dasar yang harus dipertimbangkan dalam setiap tahap proses evaluasi.

Untuk meningkatkan validitas, evaluator harus menggunakan instrumen yang telah divalidasi dan memastikan bahwa data dikumpulkan secara konsisten. Penggunaan metode triangulasi, di mana data dikumpulkan dari berbagai sumber atau dengan berbagai metode dapat meningkatkan validitas hasil evaluasi. Demikian juga reliabilitas dapat ditingkatkan dengan menggunakan prosedur standar dan melatih pengumpul data untuk memastikan konsistensi.

Penyusunan Laporan Evaluasi

Laporan evaluasi harus mencakup beberapa komponen utama untuk memastikan bahwa hasilnya disampaikan dengan jelas dan komprehensif. Laporan evaluasi yang baik harus mencakup latar belakang program, tujuan evaluasi, metodologi,

temuan, dan rekomendasi. Setiap bagian harus disusun dengan jelas untuk memudahkan pembaca memahami hasil dan implikasi dari evaluasi (Martin & Brown, 2022).

Bagian latar belakang harus menyediakan konteks tentang program yang dievaluasi, termasuk tujuan dan sasaran program. Pemahaman tentang latar belakang program sangat penting untuk menilai relevansi dan dampak dari hasil evaluasi. Bagian metodologi harus menjelaskan dengan terinci metodologi serta teknik yang didayagunakan pada evaluasi, termasuk desain penelitian, instrumen pengumpulan data, dan teknik analisis.

Temuan evaluasi harus disampaikan secara terang serta dapat dipahami dengan mudah. Penyajian temuan secara efektif harus mencakup penggunaan tabel, grafik, dan narasi yang menjelaskan hasil secara komprehensif. Visualisasi data dapat membantu pembaca memahami temuan dengan cepat dan memperhatikan pola ataupun tren yang bisa jadi tidak dapat langsung dipahami dalam teks. Temuan harus dihubungkan kembali dengan tujuan evaluasi. Menghubungkan temuan dengan tujuan evaluasi membantu memastikan bahwa evaluasi tetap relevan dan fokus pada pertanyaan penelitian yang penting (S. Lewis & Harris, 2021). Setiap temuan utama harus dibahas secara mendetail termasuk implikasinya dan konteks yang relevan.

Bagian terakhir dari laporan evaluasi harus mencakup rekomendasi berdasarkan temuan evaluasi. Rekomendasi yang baik harus spesifik, dapat diimplementasikan, dan berdasarkan bukti yang dikumpulkan selama evaluasi. Rekomendasi ini harus dirancang untuk membantu meningkatkan efektivitas program dan mencapai tujuan yang diinginkan. Implikasi dari temuan evaluasi juga harus dibahas. Memahami implikasi dari temuan evaluasi penting untuk memastikan bahwa hasilnya dapat digunakan secara praktis dan strategis oleh pemangku kepentingan. Diskusi tentang implikasi harus mencakup

bagaimana temuan dapat mempengaruhi kebijakan, praktik, dan penelitian di masa mendatang.

KESIMPULAN

Evaluasi program kesehatan merupakan proses penting yang bertujuan untuk mengukur efektivitas, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan, serta memastikan pencapaian tujuan program. Evaluasi ini memberikan manfaat yang signifikan bagi berbagai pihak termasuk pembuat kebijakan, pelaksana program, masyarakat, dan peneliti. Bagi pembuat kebijakan, evaluasi menyediakan informasi dalam rangka pembuatan keputusan dan alokasi sumber daya yang lebih efektif. Bagi pelaksana program, evaluasi menjadi umpan balik yang berharga untuk perbaikan dan peningkatan kinerja. Masyarakat mendapat manfaat melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan serta transparansi dan akuntabilitas program. Indikator evaluasi, baik kuantitatif maupun kualitatif, memegang peranan kunci dalam menilai input, proses, output, outcome, dan impact dari program kesehatan. Proses evaluasi melibatkan tahapan perencanaan, pengumpulan data, analisis data, hingga pelaporan hasil yang harus dilakukan dengan metode yang tepat dan reliabilitas yang tinggi. Keseluruhan evaluasi yang efektif memastikan bahwa program kesehatan berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan, serta memberikan dasar yang kuat untuk perbaikan dan pengembangan program di masa depan. Evaluasi berkelanjutan menjadi kunci dalam menjaga dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan kepada masyarakat luas secara efektif dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, K., Lee, R., & Kim, S. (2022). Measuring effectiveness in health programs. *Public Health Review*, 50(1), 67–78.

- Brown, H., Green, D., & Harris, P. (2022). Effectiveness of health programs: An evaluation perspective. *International Journal of Public Health*, 67(4), 289–302. <https://doi.org/10.1007/s00038-022-01546-2>.
- Brown, T. (2024). Effective Presentation of Evaluation Findings. *Health Evaluation Journal*, 46(2), 67–79.
- Creswell, J. W. (2021). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publications.
- Davis, R., & Martin, G. (2021). Understanding community perceptions through qualitative indicators. *Health Services Research*, 39(2), 293–305.
- Evans, L., & Lee, M. (2023). Selecting relevant indicators for health programs. *International Journal of Health Planning and Management*, 58(1), 112–124.
- Garcia, M., & Martin, A. (2022). Empirical data in health program evaluation: Implications for research and practice. *Public Health Review*, 20(1), 75–90.
- Green, L. (2022). Understanding Qualitative Research in Health Program Evaluation. *Qualitative Health Research*, 32(4), 567–579.
- Green, P., & Harris, J. (2022). Ensuring reliability in health program indicators. *Health Metrics Journal*, 47(3), 341–353.
- Johnson, L., Smith, R., & Parker, A. (2021). Efficient resource utilization in health programs. *Journal of Health Economics*, 45, 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.02.003>.
- Johnson, P. (2023). Primary Data Collection Techniques in Health Program Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 50(1), 45–57.
- Johnson, P., Lee, S., & White, H. (2024). Motivational effects of health program evaluations on implementation teams. *Journal of Applied Health Psychology*, 22(1), 45–58.

- Johnson, P., & Williams, S. (2020). Contextualizing health program indicators. *Global Health Journal*, 32(4), 345–357.
- Lee, J., & Parker, R. (2021). Transparency and accountability through health program evaluations. *Global Health Governance*, 17(4), 123–138.
- Lewis, M., Clark, J., & Evans, B. (2020). Process evaluation in health programs. *Journal of Public Health Evaluation*, 42(3), 198–210. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz116>.
- Lewis, S. (2020). Selecting the Right Data Collection Instruments for Health Program Evaluation. *Evaluation Journal*, 28(3), 145–158.
- Lewis, S., & Harris, T. (2021). Interpreting Evaluation Data in Health Programs. *Journal of Health Evaluation*, 43(5), 334–348.
- Martin, G., & Brown, L. (2022). Secondary Data in Health Program Evaluation. *Health Evaluation Quarterly*, 39(4), 250–265.
- Miller, J., & Thompson, B. (2023). Using feedback from evaluations to improve health programs. *International Journal of Health Management*, 21(2), 67–80.
- Robinson, K., & Patel, R. (2023). Academic recognition through health program evaluation publications. *Medical Education Research Journal*, 25(3), 110–125.
- Smith, J., & Brown, T. (2022). Combining Qualitative and Quantitative Data in Program Evaluation. *Mixed Methods Evaluation Journal*, 19(1), 77–92.
- Smith, J., & Jones, L. (2021). Decision-making in health policy: The importance of program evaluation. *Health Policy and Planning*, 16(4), 134–147.
- Smith, J., & Jones, M. (2020). Survey Design in Health Program Evaluation. *Journal of Evaluation and Health Professions*, 31(3), 192–208.
- Smith, J., Jones, M., & White, L. (2021). Evaluating health

- programs: A systematic approach. *Journal of Health Evaluation*, 45(2), 123–134.
- Taylor, K., & Green, P. (2020). Quantitative Data Collection Techniques in Health Evaluations. *Evaluation and Health Research*, 29(4), 305–317.
- Thompson, R., Jones, M., & Scott, L. (2023). Policy implications of health program evaluations. *Journal of Health Policy*, 58(1), 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.jhealthpol.2022.09.011>.
- Walker, D., & Hall, J. (2022). Transparent Reporting in Health Program Evaluations. *Journal of Evaluation Transparency*, 24(1), 45–59.

PROFIL PENULIS



Loso Judijanto

Penulis adalah peneliti yang bekerja pada lembaga penelitian IPOSS Jakarta. Penulis dilahirkan di Magetan pada tanggal 19 Januari 1971. Penulis menamatkan pendidikan Master of Statistics di the University of New South Wales, Sydney, Australia pada tahun 1998 dengan dukungan beasiswa ADCOS (Australian Development Cooperation Scholarship) dari Australia. Sebelumnya penulis menyelesaikan Magister Manajemen di Universitas Indonesia pada tahun 1995 dengan dukungan beasiswa dari Bank Internasional Indonesia. Pendidikan sarjana diselesaikan di Institut Pertanian Bogor pada Jurusan Statistika – FMIPA pada tahun 1993 dengan dukungan beasiswa dari KPS-Pertamina. Penulis menamatkan Pendidikan dasar hingga SMA di Maospati, Sepanjang karirnya, Penulis pernah ditugaskan untuk menjadi anggota Dewan Komisaris dan/atau Komite Audit pada beberapa perusahaan/lembaga yang bergerak di berbagai sektor antara lain pengelolaan pelabuhan laut, telekomunikasi seluler, perbankan, pengembangan infrastruktur, sekuritas, pembiayaan infrastruktur, perkebunan, pertambangan batu bara, properti dan rekreasi, dan pengelolaan dana perkebunan. Penulis memiliki minat dalam riset di bidang kebijakan publik, ekonomi, keuangan, human capital, dan corporate governance.

BAB 10

PERAN EKONOM TERHADAP KESEHATAN

Yuliana Muslimin
Universitas Mandala Waluya, Kendari
E-mail: yulianamuslimin79@gmail.com

PENDAHULUAN

Aspek finansial memegang peranan krusial dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dalam konteks ini, para ekonom memainkan peran sentral dalam menganalisis dan mengelola faktor-faktor ekonomi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Bab ini akan mengkaji bagaimana ekonomi dapat diintegrasikan dalam sistem kesehatan untuk memperbaiki distribusi sumber daya dan efisiensi layanan, serta mempromosikan keadilan dalam akses kesehatan. Kami akan mengeksplorasi konsep penting seperti permintaan dan penawaran layanan kesehatan, elastisitas pasar, dan bagaimana pasar bekerja untuk memberikan layanan yang efisien dan adil.

Topik penting lainnya yang akan dibahas adalah bagaimana pengelolaan dana yang efektif dapat meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan. Juga akan sedikit mencakup analisis biaya, dari biaya layanan darurat hingga pengembalian investasi dalam layanan kesehatan, serta penetapan tarif layanan kesehatan. Metode pengendalian biaya akan dibahas untuk menunjukkan bagaimana analisis ekonomi dapat mengurangi pemborosan dan meningkatkan produktivitas di sektor kesehatan. Terakhir, teknik penilaian manajemen kesehatan, seperti analisis cost-saving dan efisiensi biaya, akan ditelaah untuk menunjukkan bagaimana ekonom dapat memberikan wawasan mendalam terhadap intervensi kesehatan, sehingga

membantu pembuat kebijakan dalam mengambil keputusan yang berbasis bukti.

KONSEP DASAR EKONOMI DAN EKONOMI KESEHATAN

Pemahaman dasar tentang ekonomi meliputi tiga konsep utama: kelangkaan, pilihan, dan alokasi. Ekonomi muncul karena individu terus mencari kebutuhan di luar sumber daya yang mereka miliki. Dalam konteks ini, investor memiliki peran vital dalam mengelola dan mengarahkan sumber daya secara efektif.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai aplikasi prinsip ekonomi untuk mengalokasikan sumber daya yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan. Bidang ini juga mengevaluasi efek dari tindakan pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi terhadap efisiensi ekonomi suatu masyarakat atau negara. Oleh karena itu, ekonom berperan dalam menilai efektivitas dan keberlanjutan intervensi kesehatan serta memastikan penggunaan sumber daya terbatas seoptimal mungkin untuk mendukung layanan masyarakat.

DEFINISI ILMU EKONOMI

Ilmu Ekonomi adalah studi yang berfokus pada aktivitas manusia dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Menurut Samuelson (2010), ekonomi adalah analisis tentang bagaimana masyarakat membuat pilihan dengan sumber daya yang terbatas untuk menghasilkan dan mendistribusikan barang serta jasa kepada berbagai strata sosial. Ekonomi mempertimbangkan segala konsumsi dan manfaat yang terkait dengan alokasi sumber daya.

DEFINISI ILMU EKONOMI KESEHATAN

Ilmu ekonomi membantu memprediksi bagaimana para profesional kesehatan bertindak serta cara mengatur perilaku tersebut agar selaras dengan kebutuhan masyarakat sebagai konsumen atau penerima layanan kesehatan. Ekonomi kesehatan, atau ekonomi kesejahteraan, menggunakan prinsip ekonomi untuk mencapai kesehatan optimal. Pengelolaan yang efektif dari berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan sangat diperlukan untuk mencapai tingkat kesejahteraan yang maksimal. Ahli ekonomi kesehatan memainkan peran penting dalam menganalisis dan mengelola faktor-faktor tersebut, termasuk penilaian biaya, efektivitas alokasi sumber daya, dan evaluasi dampak berbagai intervensi kesehatan, sehingga memastikan penggunaan sumber daya terbatas secara efisien dan efektif untuk meningkatkan kualitas dan akses layanan kesehatan (Mahardika, 2019; Santi Dwiyarthi, 2021).

KAJIAN EKONOMI KESEHATAN

Ekonomi kesehatan menerapkan berbagai teori dan konsep untuk memahami dampak ekonomi dari kondisi kesehatan manusia. Area studi ini melibatkan makroekonomi, globalisasi, manajemen kesehatan, strategi pembiayaan, serta perencanaan jangka panjang dan pendek untuk kondisi medis umum. Ini juga mencakup analisis keuangan kesehatan publik dalam skala dan jangka waktu tertentu, model permintaan pasar, kerjasama antara profesional kesehatan dan layanan yang mereka sediakan, serta kebijakan layanan kesehatan yang komprehensif dan inklusif (Iswanto, 2021). Pendekatan ekonomi dalam kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara umum dan membutuhkan pengelolaan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dengan baik (Mahardika, 2019; Santi Dwiyarthi, 2021).

Sektor kesehatan memiliki karakteristik unik yang harus dipertimbangkan saat menerapkan prinsip-prinsip ekonomi. Beberapa kekhususan ini termasuk:

1. **Kerentanan:** Individu tidak dapat memprediksi penyakit atau kebutuhan medis yang mungkin mereka hadapi di masa depan. Risiko ini mengharuskan mereka menanggung biaya medis yang tidak terduga.
2. **Ketidakpedulian Klien/Pelanggan:** Kebanyakan pasien kurang memahami kondisi medis mereka, tes yang diperlukan, dan jenis perawatan yang dibutuhkan, sehingga mereka sangat bergantung pada penyedia layanan medis untuk menentukan jenis dan jumlah layanan.
3. **Hak atas Kesehatan:** Layanan kesehatan sering kali diberikan berdasarkan kebutuhan dan bukan kemampuan membayar, mengingat bahwa kebutuhan dasar seperti makanan dan pakaian harus selalu terpenuhi, terlepas dari kondisi keuangan individu.
4. **Eksternalitas:** Dampak positif atau negatif yang dirasakan oleh pihak lain ketika seseorang menggunakan layanan kesehatan.
5. **Tujuan Non-Bisnis:** Sektor kesehatan tidak beroperasi dengan tujuan untuk menghasilkan keuntungan karena dianggap tidak etis mengambil keuntungan dari penyakit orang lain.
6. **Pekerjaan Berat:** Tren menuju superspesialisasi dalam layanan kesehatan menghasilkan peningkatan signifikan dalam biaya tenaga kerja, yang bisa mencakup antara 40 hingga 60 persen dari biaya total.
7. **Démisi Campuran:** Layanan kesehatan yang diterima oleh pasien sangat individual, bergantung pada jenis penyakit dan meliputi berbagai diagnosis, perawatan, dan nasihat.
8. **Kesehatan sebagai Produk:** Sektor kesehatan sering kali dinilai lebih rendah dalam prioritas pembangunan, terutama

jika fokus utamanya adalah kemajuan ekonomi. Namun, jika fokusnya adalah pada peningkatan manusia, investasi dalam kesehatan dapat memberikan manfaat jangka panjang.

9. **Penghambatan Kompetisi:** Regulasi ketat dan batasan dalam praktik medis menyebabkan pasar layanan kesehatan tidak seefisien pasar barang lainnya.

Ekonom di sektor kesehatan memiliki peran penting dalam mengoptimalkan alokasi sumber daya. Mereka membantu dalam:

- **Analisis Biaya-Efektivitas:** Menilai intervensi kesehatan berdasarkan biaya dan hasilnya, membantu mengidentifikasi opsi yang memberikan manfaat maksimal dengan biaya minimal.
- **Pemodelan Keuangan:** Membuat proyeksi keuangan untuk layanan kesehatan, yang membantu dalam perencanaan dan penganggaran.
- **Pengaturan Kebijakan Kesehatan:** Memberikan rekomendasi kebijakan berdasarkan analisis data ekonomi untuk memastikan bahwa layanan kesehatan diakses secara adil dan efisien.
- **Penelitian Pasar:** Menganalisis dan memahami perilaku konsumen dalam kesehatan, yang membantu dalam merancang dan memasarkan layanan kesehatan secara lebih efektif.
- **Negosiasi dan Pengadaan:** Membantu dalam negosiasi kontrak dengan penyedia layanan dan pemasok untuk mengamankan harga dan kondisi yang menguntungkan bagi organisasi kesehatan.
- **Evaluasi Kebijakan Publik:** Menganalisis dampak kebijakan kesehatan untuk memastikan bahwa kebijakan

tersebut mencapai tujuannya tanpa efek samping yang tidak diinginkan.

Peran ekonom dalam sektor kesehatan sangat vital untuk memastikan bahwa layanan kesehatan disediakan secara efisien dan efektif, mengoptimalkan sumber daya terbatas untuk mencapai hasil kesehatan terbaik.

FUNGSI EKONOMI KESEHATAN DAN UNSUR PENDUKUNGNYA

Ilmu ekonomi dapat digunakan untuk memprediksi bagaimana penyedia layanan kesehatan akan bertindak, serta membandingkan perilaku tersebut dengan bagaimana masyarakat akan berperilaku sebagai konsumen atau penerima subsidi layanan kesehatan. Menurut Center for Disease Control and Prevention (1 September 2023), status sosial ekonomi merujuk pada tingkat sumber daya ekonomi, kekuasaan, dan prestise yang terkait erat dengan kekayaan individu, komunitas, atau negara, baik secara absolut maupun relatif. Status keuangan yang rendah seringkali dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi untuk tertular dan menularkan penyakit kardiovaskular (CVD), seperti yang diobservasi oleh American Heart Association, dimana tingkat gaji, prestasi akademik, dan status pekerjaan berhubungan signifikan dengan CVD di negara-negara dengan penghasilan tinggi.

Variabel keuangan dapat berdampak langsung pada kesejahteraan individu maupun pada tingkat yang lebih luas seperti keluarga dan lingkungan, yang kemudian berpengaruh pada kesejahteraan umum. Variabel ini mempengaruhi kemampuan individu untuk berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan, membayar biaya perawatan medis dan penginapan, serta mengelola stres.

DEMAND, SUPPLY, DAN ELASTISITAS PERMINTAAN

Menurut CNN Indonesia, dalam ekonomi, permintaan adalah perpaduan antara keinginan dan kemampuan untuk membeli tenaga kerja dan produk dengan berbagai harga dalam jangka waktu tertentu. Tiga variabel mempengaruhi permintaan: jumlah yang dicari, daya beli, dan rentang waktu seperti hari, minggu, bulan, atau tahun. Permintaan menurut Rahardja dan Manurung (2008) adalah keinginan pelanggan untuk membeli suatu barang pada titik harga yang berbeda dalam jangka waktu tertentu, sedangkan Rosyidi (2001) menggambarkan permintaan sebagai keinginan yang dikombinasikan dengan kemampuan dan keinginan untuk membeli barang tersebut.

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan:

- **Harga Barang:** Jika harga suatu barang turun, kecenderungan permintaan terhadapnya akan bertambah, dan sebaliknya.
- **Barang Substitusi dan Komplementer:** Jika harga barang pengganti turun, permintaan untuk barang tersebut akan meningkat, dan jika harga naik, permintaannya akan berkurang.
- **Tingkat Pendapatan:** Tingkat pendapatan yang lebih tinggi meningkatkan daya beli konsumen, sehingga meningkatkan permintaan terhadap suatu barang.
- **Selera Masyarakat:** Jika selera masyarakat terhadap suatu barang meningkat, permintaan terhadap barang tersebut juga akan meningkat.
- **Jumlah Penduduk:** Semakin besar jumlah penduduk suatu daerah atau negara, semakin tinggi permintaan suatu barang.
- **Prediksi Konsumen tentang Kondisi Masa Depan:** Jika konsumen meramalkan bahwa harga suatu barang akan

naik, mereka cenderung membeli barang tersebut saat ini untuk menghemat uang di masa depan.

DINAMIKA PERMINTAAN

Dalam memahami ekonomi, penting untuk mengetahui berbagai jenis permintaan dan bagaimana setiap jenis berinteraksi dengan faktor pasar. Permintaan dapat dibedakan menjadi dua kategori utama: berdasarkan jumlah dan daya beli.

Permintaan Berdasarkan Jumlah terdiri dari dua subkategori:

1. **Permintaan Individu:** Ini mencerminkan tingkat keinginan individu terhadap tenaga kerja dan produk, yang berubah sesuai dengan tingkat biaya. Keinginan ini merupakan refleksi langsung dari preferensi pribadi dan daya beli individu.
2. **Permintaan Pasar:** Merupakan agregat dari permintaan individu di seluruh pasar. Ini menunjukkan jumlah total tenaga kerja dan produk yang diinginkan oleh semua konsumen pada tingkat harga tertentu.

Permintaan Berdasarkan Daya Beli dibagi menjadi tiga jenis:

1. **Minat yang Berhasil:** Ini adalah permintaan di mana konsumen tidak hanya ingin tetapi juga memiliki daya beli dan kemampuan untuk membeli produk atau jasa.
2. **Minat Potensial:** Merupakan permintaan dari konsumen yang memiliki daya beli dan kemampuan untuk membeli, namun mereka belum melakukan pembelian. Hal ini bisa disebabkan oleh ketidakpastian atau faktor penundaan lainnya.
3. **Permintaan Absolut:** Ini adalah keadaan di mana permintaan tidak didukung oleh daya beli atau kemampuan

finansial. Permintaan jenis ini lebih banyak bersifat teoretis dan kurang relevan dalam praktik pasar nyata.

Hukum Permintaan adalah prinsip fundamental yang menyatakan hubungan negatif antara harga dan jumlah barang yang diminta. Artinya, harga yang lebih tinggi akan mengurangi jumlah barang yang diminta, sedangkan harga yang lebih rendah akan meningkatkan jumlah barang yang diminta. Prinsip ini menekankan bahwa konsumen cenderung membeli lebih banyak saat barang atau jasa menjadi lebih terjangkau, dan sebaliknya.

Fungsi Permintaan menggambarkan hubungan ini secara matematis, menunjukkan bahwa perubahan harga memiliki dampak langsung terhadap jumlah barang yang diminta di pasar. Hubungan ini fundamental dalam menentukan bagaimana pasar bereaksi terhadap perubahan ekonomi dan bagaimana kebijakan harga dapat digunakan untuk mempengaruhi konsumsi.

ELASTISITAS PERMINTAAN DAN IMPLIKASINYA

Elastisitas permintaan adalah konsep yang mengukur seberapa responsif permintaan suatu barang terhadap perubahan harga. Jika harga barang turun sebesar 1%, misalnya, elastisitas akan menentukan seberapa signifikan kenaikan jumlah barang yang diminta sebagai respons. Elastisitas ini bisa berbeda dari satu situasi ke situasi lainnya, tergantung pada berbagai faktor seperti kebutuhan, ketersediaan barang substitusi, dan preferensi konsumen. Koefisien elastisitas permintaan, yang dinyatakan sebagai rasio persentase perubahan jumlah yang diminta terhadap persentase perubahan harga, memberikan wawasan penting tentang sensitivitas pasar terhadap perubahan harga. Rumusnya dinyatakan sebagai:

$$Ed = \text{Persentase perubahan jumlah yang diminta} / \text{Persentase perubahan harga.}$$

Pemahaman ini sangat bermanfaat dalam pengembangan strategi ekonomi, terutama dalam sektor kesehatan, di mana pengelola fasilitas dapat mengantisipasi bagaimana perubahan tarif akan mempengaruhi permintaan layanan. Misalnya, kenaikan harga layanan kesehatan bisa mengurangi jumlah kunjungan ke klinik, yang mempengaruhi penggunaan sumber daya dan pendapatan. Demikian juga, penurunan harga bisa meningkatkan penggunaan layanan, yang mungkin mengharuskan penyesuaian kapasitas atau penjadwalan ulang untuk mengakomodasi peningkatan pasien. Oleh karena itu, elastisitas permintaan adalah alat krusial untuk manajemen strategis dalam bisnis dan kesehatan, memberikan dasar bagi pengambilan keputusan yang lebih tepat dan responsif terhadap dinamika pasar.

PASAR LAYANAN KESEHATAN DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pasar layanan kesehatan merupakan elemen kritis dalam sistem kesehatan yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan hidup masyarakat secara memadai. Interaksi dalam pasar ini melibatkan berbagai profesional kesehatan seperti dokter spesialis, perawat, dan pekerja sosial, serta individu yang membutuhkan layanan tersebut. Secara finansial, terjadi pertukaran tenaga kerja dan produk antara penyedia layanan kesehatan dan komunitas atau pasien lokal. Pasar ini tidak hanya melibatkan transaksi langsung antara penyedia dan pengguna akhir, tetapi juga transaksi antar lembaga kesehatan yang memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif.

Selain itu, konsep pertukaran ini juga meluas ke transaksi yang lebih kompleks, seperti yang terjadi antara pedagang besar obat dan klinik darurat. Transaksi tersebut melibatkan berbagai jenis produk kesehatan, mulai dari obat-obatan hingga peralatan medis yang kompleks. Dengan tersedianya data global, pasar

layanan kesehatan kini telah melampaui batasan geografis, memungkinkan pertukaran produk dan informasi kesehatan di seluruh dunia tanpa terhalang oleh batasan teritorial.

Dalam hal pembiayaan kesehatan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan bahwa ini melibatkan kemampuan sistem kesehatan untuk memobilisasi, mengalokasikan, dan menggunakan sumber daya finansial guna memenuhi kebutuhan kesehatan populasi. Fungsi pembiayaan kesehatan meliputi fungsi dasar pengumpulan pendapatan (*revenue collection*), pengumpulan sumber daya (*pooling resources*), dan pembayaran intervensi (*purchase of interventions*) (Gottret & Schieber, 2006; Rannan-Eliya, 2009). Proses pembiayaan ini mencakup pengumpulan pendapatan dari berbagai sumber seperti keluarga, bisnis, dan sumber eksternal, penggabungan sumber daya untuk berbagi risiko kesehatan secara kolektif, serta pembelian layanan dari penyedia layanan kesehatan publik dan swasta.

Model pembiayaan kesehatan yang berbeda diimplementasikan di berbagai belahan dunia. Misalnya, National Health Service (NHS) di Inggris menggunakan dana dari pendapatan umum untuk menyediakan layanan kesehatan gratis kepada publik, sementara model Bismarck yang diadopsi oleh negara-negara seperti Jerman mengandalkan asuransi sosial wajib dengan kontribusi dari karyawan dan majikan. Di Indonesia, pendanaan kesehatan berasal dari kombinasi APBN, APBD, dana pribadi, hibah, dan sumbangan dari organisasi atau donor internasional, yang semuanya dialokasikan untuk mendukung berbagai proyek dan kegiatan di bidang kesehatan.

EVALUASI DAN INOVASI EKONOMI KESEHATAN

Peran ekonom dalam mengevaluasi kebijakan kesehatan suatu negara sangat krusial karena mereka memberikan analisis mendalam tentang efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber

daya. Dengan keahlian mereka dalam analisis biaya-manfaat, ekonom dapat mengidentifikasi kebijakan yang paling memberikan dampak kesehatan maksimal dengan biaya minimal. Hal ini membantu pemerintah dalam membuat keputusan yang berdasar pada bukti, mengalokasikan anggaran secara lebih tepat, dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Evaluasi yang dilakukan oleh ekonom juga mendukung transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan dana publik, memastikan bahwa investasi di sektor kesehatan benar-benar mampu memenuhi kebutuhan masyarakat dan mendorong keberlanjutan sistem kesehatan dalam jangka panjang.

Dalam sektor kesehatan, peningkatan jumlah dan jenis inovasi membutuhkan sumber daya finansial yang signifikan, yang sering kali melampaui anggaran yang tersedia. Kenaikan biaya ini menuntut adanya mekanisme pengawasan yang efektif, menjadikan penilaian keuangan kesehatan sebagai alat vital untuk menilai efisiensi penggunaan sumber daya keuangan. Penilaian ini memungkinkan para pengambil keputusan untuk mengukur manfaat yang dihasilkan oleh inovasi kesehatan terhadap biaya yang dikeluarkan, memastikan bahwa setiap investasi memberikan nilai yang maksimal.

Penilaian keuangan tidak hanya memberikan gambaran mengenai efektivitas biaya dari inovasi tertentu, tetapi juga membantu pemimpin dalam mengambil keputusan tentang alokasi sumber daya. Dalam konteks ini, penilaian tersebut membantu mengidentifikasi opsi mana yang paling efisien secara finansial, atau dengan kata lain, menentukan mana yang 'worth the spend' atau memiliki 'value for money'. Pendekatan ini sangat penting, terutama ketika sumber daya keuangan terbatas, seperti yang sering dihadapi oleh pemerintah pusat atau klinik.

Dari sudut pandang ekonomi, keberlanjutan layanan kesehatan tidak hanya tergantung pada inovasi medis, tetapi juga

pada kemampuan sistem kesehatan untuk mengelola dan memprioritaskan pengeluarannya. Ekonom di sektor kesehatan berperan penting dalam menganalisis dan merekomendasikan kebijakan yang dapat memaksimalkan hasil dari setiap unit mata uang yang diinvestasikan ke dalam sistem kesehatan. Dengan demikian, mereka membantu memastikan bahwa investasi dalam kesehatan dapat memberikan manfaat yang berkelanjutan untuk masyarakat.

Selain itu, peran ekonom sangat krusial dalam membentuk strategi jangka panjang untuk pendanaan inovasi kesehatan. Mereka menggunakan penilaian keuangan untuk menyarankan model-model pendanaan yang dapat meminimalisir risiko sambil meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan. Dengan menilai berbagai skenario keuangan, ekonom membantu lembaga kesehatan untuk tidak hanya bertahan dalam menghadapi tantangan keuangan saat ini tetapi juga berkembang dalam jangka panjang.

Pada akhirnya, investasi dalam kesehatan yang didasarkan pada analisis ekonomi yang teliti tidak hanya mengurangi pemborosan sumber daya tetapi juga meningkatkan efektivitas layanan kesehatan yang disediakan. Dengan pendekatan ini, ekonom memiliki peran strategis dalam membentuk masa depan sektor kesehatan yang lebih responsif dan bertanggung jawab secara finansial. Oleh karena itu, keterlibatan ekonom dalam perencanaan dan pengembangan layanan kesehatan menjadi kunci untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal dan berkelanjutan bagi populasi.

KESIMPULAN

Ekonomi kesehatan memanfaatkan prinsip-prinsip keuangan untuk memprediksi perilaku penyedia layanan medis dan mengevaluasi bagaimana perilaku tersebut mempengaruhi konsumen sebagai penerima manfaat layanan tersebut. Ekonom

memberikan wawasan kritis dalam pengambilan keputusan terkait alokasi sumber daya, memastikan bahwa investasi dalam sektor kesehatan memberikan nilai maksimal dan mendukung keberlanjutan sistem kesehatan secara keseluruhan. Mereka juga memainkan peran vital dalam merumuskan strategi yang memperkuat keberlanjutan finansial layanan kesehatan, mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan populasi. Dengan keterlibatan mereka, ekonom membantu memastikan transparansi dan akuntabilitas dalam penggunaan dana, meningkatkan kualitas layanan, dan memperluas aksesibilitas bagi semua, sehingga memajukan kesejahteraan umum melalui pemanfaatan efisien urusan keuangan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (1996). Pengantar Administrasi Kesehatan, Sistem Kesehatan. Edisi Ketiga. Jakarta: PT Binarupa Aksara.
- Azwar, A. (2020). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Sistem Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: PT Binarupa Aksara
- Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, dkk, *JAMA*. 2006;294(22):2879–88, Metzler M, dkk. Status sosioekonomi dalam penelitian kesehatan: Satu ukuran tidak cocok untuk semua.
- Clark A, DesMeules M, Luo W, Duncan AS, Wielgosz A. (2009). Status sosial ekonomi dan penyakit kardiovaskular: Risiko dan implikasi terhadap perawatan. *Nat Rev Cardiol*, (11):712–22.
- Garrido, M. V., Zentner, A., & Busse, R. (2011). *The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of The Literature*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29(1), 28–38. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.537015>
- Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, dkk. (2015). Penentu sosial risiko dan hasil

- penyakit kardiovaskular: *Pernyataan ilmiah dari American Heart Association*. 132(9):873–98 Sirkulasi doi: 10 .1161 / CIR. 000 00 000000022
- Jaworzyłska, M. (2016). A Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics and Sociology*, 9(3), 41-51. 3.
- Jaworzyłska, M. (2016). A Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics and Sociology*, 9(3), 41-51
- Kutzin, J. (2018). Health Financing Policy: A Guide for DecisionMakers. *Health Financing Policy Paper*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review.
- Mills, A., & Gilson, L. (2019). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*.
- Organization, W. H. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization
- Rapoport, J., Jacobs, P., & Jonsson, E. (2008). *Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison*. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/industry+in+National+Health+Systems%3A+A+Global+Comparison-p-9783527622955>
- Robert S, Pindyck, Daniel L. Rubinfeld, Microeconomics 5th Edition, alih Bahasa: Aldi Jenie dan Tanti Tarigan, PT. Indeks, Jakarta 2003
- Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, dkk. (2019). Status sosial ekonomi dan risiko penyakit kardiovaskular di 20 negara berpenghasilan rendah, menengah, dan tinggi: studi

- Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE). *Kesehatan Lancet Glob*, (6): e748–60.
- Schultz WM, Kelli MH, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, dkk. (2018). Status sosial ekonomi dan hasil kardiovaskular: Tantangan dan intervensi. *Sirkulasi*, (20):2166–178.
doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652
- Schwierz, C. (2016). Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union (Vol. 037). <https://doi.org/10.2765/253237>
- Samuelson, Paul A., and William D. Nordhaus. (2010). Economics. 19th ed. Singapore: McGraw-Hill
- Sukirno, S. 2001. Pengantar Teori Mikroekonomi, Edisi 3. PT. Raja Grafindo Jakarta

PROFIL PENULIS



Yuliana Muslimin, SE., M.Si., M.KM

Penulis tertarik terhadap ilmu Manajemen dimulai pada Tahun 1998. Pendidikan penulis dimulai pada pendidikan strata 1 di Universitas Haluoleo Kota Kendari pada Fakultas Ekonomi Manajemen Tahun 1998 dan diselesaikan pada tahun 2003. Pendidikan strata 2 penulis yang pertama di Universitas Haluoleo Kota kendari pada Pasca Sarjana Ilmu Manajemen pada Tahun 2009 dan diselesaikan pada Tahun 2010 dan strata 2 penulis yang kedua di Universitas Mandala Waluya Kota kendari pada Pasca Sarjana Magister Kesehatan Masyarakat pada Tahun 2017 dan diselesaikan pada Tahun 2021. Pengalaman praktisi, penulis pernah bekerja ± 7 Tahun perusahaan swasta dan BUMN dengan jabatan terakhir sebagai Sekretaris Manager di PT. Askes (Persero) Cabang kendari yang sekarang menjadi BPJS Kesehatan Cabang Kendari dan Bendahara Program Studi S1 Farmasi ± 4 Tahun di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mandala Waluya Kota Kendari yang sekarang menjadi Universitas Mandala Waluya Kota Kendari. Namun saat ini penulis memilih untuk fokus mengabdikan diri sebagai Dosen dan aktif mengajar di Perguruan Tinggi Swasta (Universitas Mandala Waluya). Penulis juga aktif dalam penelitian yang berhubungan dengan kolaborasi Farmasi, Analis, Kesehatan Masyarakat, Kewirausahaan dan Physiologi, Penulis memiliki kepakaran dibidang Manajemen (Manajemen SDM, Manajemen Pemasaran/Marketing, Manajemen Operasi dan Manajemen Keuangan). Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

EKONOMI KESEHATAN

- BAB 1 : Kebijakan Ekonomi Kesehatan di Indonesia**
Wahyu Pudji Nugraheni
- BAB 2 : Perkembangan Asuransi Kesehatan**
Rosyidah
- BAB 3 : Layanan Kesehatan Swadaya**
Arisandi
- BAB 4 : Asuransi Kesehatan di Masa Pasca Pandemi Covid-19**
Indri Setyawati
- BAB 5 : Penyakit dan Masalah Kesehatan Akibat Kemiskinan**
Noor Alis Setiyadi
- BAB 6 : Produktivitas dan Kesehatan**
Noor Latifah Amin
- BAB 7 : Perencanaan Program Kesehatan**
Emma Rachmawati
- BAB 8 : Anggaran Sektor Kesehatan**
Yuyun Umniyatun
- BAB 9 : Evaluasi Program Kesehatan**
Loso Judijanto
- BAB 10 : Peran Ekonom Terhadap Kesehatan**
Yuliana Muslimin

Editor : dr. Yoseph Leonardo Samodra, M.P.H., Ph.D.



FUTURE SCIENCE

Jl. Terusan Surabaya, Gang 1 A No. 71 RT 002 RW 005,
Kel. Sumbersari, Kec. Lowokwaru, Kota Malang,
Provinsi Jawa Timur.
Website : www.futuresciencepress.com



IKAPI
INSTITUT PENGETAHUAN INDONESIA
No. 348/JTI/2022

ISBN 978-623-8665-60-0
ISBN 978-623-8665-59-4 (PDF)

9 786238 665600