

ISBN



SISTEM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT



085725994411



cv.mine7



mine mine



Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 085725994411
email : cv.mine.7@gmail.com

Prof. Dr. dr. Syamsul Arifin, M:Pd
Dr. Trilianty Lestarisa, S.Si., M:Kes
Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S, SKM., MPH
Apt. Astri Widiarti, S.Farm., M:Kes
dr. Dian Mutiasari, M:Kes
Tri Widodo, SKM., MPH
drg. Helena Jelita, M:M., MDSc., Sp. Perio

Editor

Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S, SKM., MPH

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Tim Penyusun:

Prof. Dr. dr. Syamsul Arifin, M.Pd

Dr. Trilianty Lestarisa, S.Si., M.Kes

Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S,
SKM.,MPH

Apt. Astri Widiarti, S.Farm., M.Kes

dr. Dian Mutiasari, M.Kes

Tri Widodo, SKM.,MPH

drg. Helena Jelita, M.M., MDSc., Sp. Perio

Editor

Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S,
SKM.,MPH



SISTEM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Tim Penyusun:

Prof. Dr. dr. Syamsul Arifin, M.Pd

Dr. Trilianty Lestarisa, S.Si., M.Kes

Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S,
SKM.,MPH

Apt. Astri Widiarti, S.Farm., M.Kes

dr. Dian Mutiasari, M.Kes

Tri Widodo, SKM.,MPH

drg. Helena Jelita, M.M., MDSc., Sp. Perio

Editor

Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S,
SKM.,MPH

Hak Cipta © 2022, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

**© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-
UNDANG**

Cetakan ke-1 Tahun 2022 CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-
55182

Telp: 085725994411 Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN :

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan berkat dan rahmatNya, sehingga penulis mampu menyusun buku yang berjudul Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Tujuan penyusunan buku ini adalah sebagai referensi bagi pembaca, baik dosen, mahasiswa bidang kesehatan dan tenaga kesehatan lain. Kesehatan merupakan aspek yang sangat mendasar bagi manusia. Pentingnya kesehatan bagi manusia menjadikan negara dan lembaga kesehatan di dunia mengamanatkan bahwa setiap individu berhak untuk memperoleh pelayanan Kesehatan yang layak. Dalam rangka meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum sebagai yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945. Pelayanan Kesehatan masyarakat diselenggarakan dengan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang merupakan sebuah tatanan dalam menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna

menjamin derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pembangunan kesehatan merupakan bentuk aktivitas dalam rangka mengisi kemerdekaan bangsa supaya dapat mewujudkan masyarakat yang sehat dan kuat. Salah satunya adalah dengan melakukan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah sebuah kegiatan yang diberikan kepada individu maupun masyarakat oleh pemerintah dengan tujuan untuk mencegah dan menyembuhkan penyakit individu maupun masyarakat. Buku ini hadir untuk menambah informasi penting tentang sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Buku ini juga akan membahas tentang sistem pelayanan kesehatan, kebijakan kesehatan, manajemen pelayanan Kesehatan, pembiayaan pelayanan kesehatan. Semua topik-topik penting tersebut akan dibahas dalam bab-bab yang tersaji dalam buku ini.

Palangka Raya, 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB 1 KEBIJAKAN LAYANAN KESEHATAN ...	1
1.1 Kebijakan Kesehatan.....	2
1.2 Segitiga Kebijakan Kesehatan	4
1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kebijakan Kesehatan.....	6
1.4 Penyusunan Kebijakan Kesehatan.....	10
1.5 Tahapan Penyusunan Kebijakan.....	12
1.6 Batasan Kekuasaan	14
1.7 Dimensi Kekuasaan.....	16
BAB 2 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN	21
2.1 Sistem Pelayanan Kesehatan.....	22
2.2 Ciri-Ciri Sistem Pelayanan Kesehatan.....	24
2.3 Jenis Sistem Pelayanan Kesehatan	26
2.4 Tingkat Sistem Pelayanan Kesehatan	29
2.5 Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan	31
2.6 Syarat Pokok Sistem Pelayanan Kesehatan ..	32

2.7 Lembaga Sistem Pelayanan Kesehatan.....	33
2.8 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan	35
BAB 3 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN	39
3.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	41
3.2 Syarat Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan	44
3.3 Stratifikasi Pelayanan Kesehatan	47
3.4 Sudut Pandang Terhadap Manajemen	48
3.5 Prinsip Dasar Dalam Manajemen Kesehatan	51
3.6 Perencanaan Kesehatan Berbasis POACE	56
BAB 4 SISTEM RUJUKAN KEBIJAKAN LAYANAN KESEHATAN	65
4.1 Sistem Pelayanan Rujukan.....	66
4.2 Macam-macam Sistem Rujukan.....	67
4.3 Prosedur Pelaksanaan Sistem Rujukan	72
BAB 5 PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN	77
5.1 Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	78
5.2 Sistem Kesehatan dan Fungsi Pembiayaan Kesehatan.....	80

5.3 Aspek Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	83
5.4 Fokus Pembiayaan Kesehatan	88
5.5 Pembiayaan Puskesmas	93
5.6 Pembiayaan JKN.....	96
5.7 Rekomendasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan.....	98
5.8 Tindak Kecurangan (<i>Fraud</i>) Merugikan Program JKN (Negara)	105
DAFTAR PUSTAKA.....	109
BIOGRAFI PENULIS	118



KEBIJAKAN KESEHATAN

BAB 1

KEBIJAKAN KESEHATAN

1.1 Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan, termasuk kebijakan kesehatan internasional. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan

keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat.

Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta. Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik. Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk menformulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan.

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan. Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara tetapi juga bagaimana kebijakan itu diimplementasi oleh

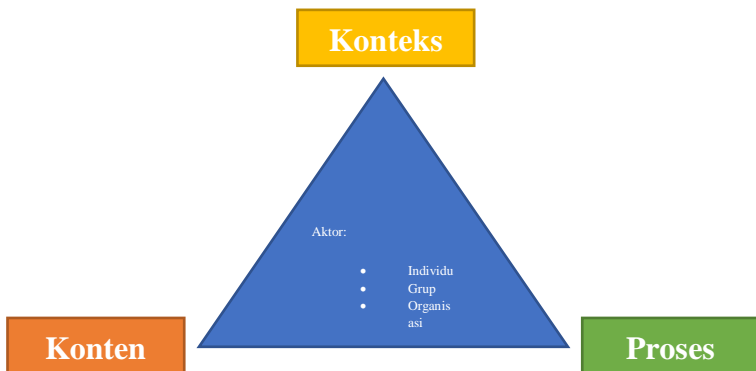
pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

1.2 Segitiga Kebijakan Kesehatan

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa keempat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Sebenarnya tidak demikian, namun pada kenyataannya para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja, konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti ketidakstabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya serta proses penyusunan kebijakan, bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan dan bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri.

Isi segitiga tersebut menjelaskan atau seluruh bagian ini. Jadi segitiga tersebut tidak hanya

membantu dan berfikir sistematis tentang pelakulaku yang berbeda yang meungkin mempengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama. Berikut adalah gambar segitiga analisis kebijakan.



Gambar. 1 Segitiga Kebijakan
(sumber: Walt dan Gibson)

Berdasarkan gambar diatas, pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu., organisasi atau bahkan suatu Negara dan pemerintahan. Namun penting untuk dipahami ini adalah bentuk penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari

organisasi dimana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya menyuarkan hal yang sama, masing-masing memiliki norma dan kepercayaan yang berbeda.

1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kebijakan Kesehatan

Konteks mengacu ke faktor istematis, politik, ekonomi dan sosal, nasional dan internasional yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakankesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokkan faktor-faktor tersebut, tetapi Leichter memaparkan cara yang cukup bermanfaat:

1. Faktor situasional, merupakan kondisi yang tidak permanen atau khussu yang dapat berdampak pada kebijakan (contoh: perang, kekeringan). Hal-hal tersebut sering dikenal sebagai focusing event. Event ini bersifat satu kejadian saja, seperti: terjadinya gempa yang menyebabkan perubahan dalam aturan pembangunana rumah sakit atau terlalu lama perhatian public akan masalah baru. Contoh : terjadinya wabah HIV/AIDS (yang

menyita waktu lama untuk diakui sebagai wabah internasional) memicu ditentukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan pada TBC karena adanya kaitan diantara dua penyakit tersebut dan orang-orang pengidap HIV positif lebih rentan terhadap berbagai penyakit dan TBC dapat dipicu oleh HIV.

2. Faktor struktural, merupakan bagian dari masyarakat yang relatif tidak berubah. Faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan, faktor structural meliputi jenis ekonomi dan pasar tenaga kerja. Contoh, pada saat gaji perawat rendah, atau terlalu sedikit pekerjaan yang tersedia untuk tenaga terlatih, Negara tersebut dapat mengalami perpindahan tenaga professional ke sektor masyarakat yang masih kekurangan. Faktor structural lain yang akan mempengaruhi kebijakan kesehatan suatu masyarakat adalah kondisi demografi atau kemajuan teknologi. Contoh Negara

dengan populasi lansia yang tinggi memiliki lebih banyak rumah sakit dan obat-obatan bagi para lansianya, karena kebutuhan mereka akan meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan teknologi menambah jumlah wanita melahirkan dengan sesar di banyak Negara. Diantara alasan tersebut terdapat peningkatan ketergantungan profesi terhadap teknologi yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil resiko dan ketakutan akan adanya tuntutan. Maka kekayaan nasional suatu Negara akan berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan yang dapat diupayakan.

3. Faktor budaya, dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam masyarakat dimana hirarki memiliki tempat penting, akan sulit untuk bertanya atau menantang pejabat tinggi/senior. Kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka atau menerima layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka.

beberapa Negara dimana wanita tidak dapat dengan mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus ditemani oleh suami) dan dimana terdapat stigma tentang suatu penyakit (misal : TBC/HIV) pihak yang berwanang harus mengembangkan sistem kunjungan pintu ke pintu.

4. Faktor internasional atau exogenus yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan antar Negara dan mempengaruhi kemandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan. Meskipun banyak masalah kesehatan berhubungan dengan pemerintahan nasional, sebagian dari masalah itu memerlukan kerjasama organisasi tingkat nasional, regional atau multilateral. Contoh, pemberantasan polio telah dilaksanakan hampir di seluruh dunia melalui gerakan nasional atau regional, kadang dengan bantuan badan internasional seperti WHO. Namun, meskipun suatu daerah telah berhasil mengimuniasis polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk ke daerah tersebut dibawa oleh orang-

orang yang tidak diimunisasi yang masuk lewat perbatasan.

1.4 Penyusunan Kebijakan Kesehatan

Proses mengacu pada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan dan dievaluasi. Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah dengan menggunakan apa yang disebut *heuristics*. Yang dimaksud disini adalah membagi proses kebijakan menjadi serangkaian tahapan sebagai alat teoritis, suatu model dan tidak selalu menunjukkan apa yang terjadi di dunia nyata. Namun serangkaian tahapan ini membantu untuk memahami penyusunan kebijakna dalam tahapan-tahapan yang berbeda:

1. Identifikasi masalah dan isu , menemukan bagaimana isu-isu yang ada dapat masalah dapat masuk kedalam agenda kebijakan, mengapa isu yang lain justru tidak pernah dibicarakan.
2. Perumusan kebijakan, menemukan siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana

kebijakan dihasilkan, disetujui dan dikomunikasikan.

3. Pelaksanaan kebijakan, tahap ini yang paling sering diacuhkan dan sering dianggap sebagai bagian yang terpisah dari kedua tahap yang pertama. Namun tahap ini yang diperdebatan sebagai tahap yang paling penting dalam penyusunan kebijakan sebab bila kebijakan tidak dilaksanakan atau dirubah selama dalam pelaksanaan, sesuatu yang salah mungkin terjadi dan hasil kebijakan tidak akan seperti yang diharapkan.
4. Evaluasi kebijakan, temukan apa yang terjadi pada saat kebijakan bagaimana pengawasannya, apakah tujuannya tercapai dan apakah terjadi akibat yang tidak diharapkan. Tahapan ini merupakan saat di mana kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan yang baru ditetapkan.

Terdapat sejumlah peringatan dalam penggunaan kerangka yang berguna dan sederhana ini. Pertama, proses kebijakan akan terlihat sebagai

proses yang linier, dengan kata lain proses ini berjalan dengan mulus dari suatu tahap ke tahap yang lain, dari penemuan masalah hingga ke pelaksanaan dan evaluasi. Namun sebenarnya jarang terlihat jelas sebagai suatu proses. Pada tahap pelaksanaan kemungkinan masalah baru ditemukan atau kebijakan mungkin diformulasikan tetapi tidak pernah mencapai tahap pelaksanaan. Dengan kata lain penyusunan kebijakan sekarang menjadi suatu proses yang rasionaliteratif dan dipengaruhi oleh kepentingan sepihak. Banyak yang sependapat dengan Lindblom (1959) bahwa proses kebijakan adalah sesuatu yang dicampur aduk oleh para penyusun kebijakan.

1.5 Tahapan Penyusunan Kebijakan

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk mengerti suatu proses kebijakan adalah yang disebut *stage heuristic*, yaitu memilah proses kebijakan tersebut kedalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan yang

sebenarnya. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan-persoalannya. Pada langkah ini dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk kedalam agenda.
2. Formulasi kebijakan yang mengeksplorasi siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut didisepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan.
3. Implementasi kebijakan. Tahap ini seringkali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan , karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru.
4. Evaluasi kebijakan dimana diidentifikasi apa saja yang termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan.

Agenda dari kebijakan kesehatan kesehatan didominasi oleh hal-hal yang spesifik yang berhubungan dengan kebutuhan yang dirasakan dalam kontes sistem kesehatan untuk menjawab

persoalan kesehatan masyarakat, penyebab penyakit atau hal yang berhubungan dengan organisasi dan manajemen kesehatan. Contohnya, obat, peralatan, akses terhadap fasilitas kesehatan dan lain sebagainya.

1.6 Batasan Kekuasaan

Kekuasaan terdapat di semua bidang kehidupan, kekuasaan mencakup kemampuan untuk memerintah (agar yang diperintah patuh) dan juga untuk memberi keputusan yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi terhadap tindakan-tindakan pihak lain. Kekuasaan (power) adalah kesempatan seseorang atau sekelompok orang untuk menyadarkan masyarakat akan kemauan-kemauannya sendiri, dengan sekaligus menerapkannya terhadap tindakan perlawanan dari orang atau golongan tertentu.

Birokrasi juga merupakan salah satu sumber kekuasaan, disamping kemampuan khusus dalam bidang ilmu pengetahuan ataupun atas dasar peraturan hukum tertentu. Jadi, kekuasaan terdapat diberbagai hubungan baik dalam hubungan sosial

maupun organisasi sosial. Terkait dengan tipe kekuasaan, menurut Johnson, membagi kekuasaan dalam 3 tipe :

1. Kekuasaan tradisional

Merupakan kekuasaan yang bersumber dari tradisi masyarakat yang berbentuk kerajaan dimana status dan hak para pemimpin juga sangat ditentukan oleh adat kebiasaan. Tipe jenis ini melembaga dan diyakini memberi manfaat ketentraman pada warga.

2. Kekuasaan kharismatik.

Tipe yang keabsahannya berdasarkan pengakuan terhadap kualitas istimewa dan kesetiiaannya kepada individu tertentu serta komunitas bentukkannya, tipe ini dimiliki oleh seseorang karena kepribadiannya. Kekuasaan tipe ini akan hilang atau berkurang apabila yang bersangkutan melakukan keabsahan fatal. Selain itu, juga dapat hilang apabila pabdanga atau paham masyarakat berubah.

3. Kekuasaan rasional-legal

Merupakan kekuasaan yang berlandaskan sistem yang berlaku. Bahwa semua peraturan ditulis dengan jelas dan diundangkan dengan tegas serta batas wewenang para pejabat atau penguasa ditentukan oleh aturan main. Kepatuhan serta kesetiaan tidak ditujukan kepada pribadi pemimpin, melainkan kepada lembaga yang bersifat impersonal. Dalam masyarakat demokratis kedudukan wewenang berupa sistem birokrasi dan ditetapkan dalam jangka waktu yang terbatas (periode). Hal ini untuk mencegah peluang yang berkuasa menyalahgunakan kekuasaannya sekaligus menjamin kepentingan masyarakat atas kewenangan legal tersebut.

1.7 Dimensi Kekuasaan

Terdapat 3 dimensi kekuasaan, yaitu sebagai berikut:

1. Kekuasaan sebagai pengambilan keputusan

Kekuasaan dalam pengambilan keputusan menekankan pada tindakan individu atau kelompok yang mempengaruhi pemutusan kebijakan. Penelitian Rober Dahl, melihat kepada siapa yang membuat keputusan penting atas isu

yang terjadi di New Haven, Connecticut, America. Dahl menyimpulkan tentang siapa yang berkuasa dengan mengkaji preferensi (keinginan) kelompok yang berkepentingan dan membandingkannya dengan hasil kebijakan. Dahl menemukan bahwa terdapat perbedaan sumber daya yang memberikan kekuasaan kepada warga masyarakat dan kelompok berkepentingan dan sumber daya ini tidak didistribusikan dengan merata, meski sejumlah individu memiliki kekayaan sumber daya politi, mereka menjadi miskin dalam aspek lainnya. Terdapat penemuan bahwa individu dan kelompok yang berbeda mampu untuk memberikan pengaruh pada isu kebijakan yang berbeda. Atas penemuan tersebut, Dahl menyimpulkan bahwa kelompok-kelompok masyarakat yang berbeda, termasuk kelompok yang lemah, adapat menekan ke dalam sistem politik yang menguasai para pembuat keputusan sesuai dengan preferensi (keinginan) nya. Meski hanya sedikit yang berkuasa langsung atas keputusan-keputusan kunci, yang diartikan

sebagai keberhasilan atau memveto usulan kebijakan, kebanyakan orang memiliki kekuasaan tidak langsung melalui kekuatan suara (*vote*).

2. Kekuasaan sebagai bahan pengambilan keputusan. Menurut ahli lain atas pengkajian Dahl, mengatakan bahwa pengkajiannya hanya berfokus pada isu-isu kebijakan yang dapat diamati dan tidak memperhatikan dimensi kekuasaan lain yang penting karena pengkajiannya tersebut merupakan adanya kemungkinan bahwa kelompok dominan mengeluarkan pengaruh mereka dengan membatasi agenda kebijakan kepada pemikiran-pemikiran yang dapat diterima. Menurut Bachrach dan Barats kekuasaan juga dilakukan ketika seseorang mengeluarkan tenaganya untuk menciptakan atau memberlakukan nilai sosial dan politik serta kegiatan kelembagaan yang dapat membatasi lingkup proses politik hanya pada pemikiran umum pada isu tersebut yang tidak membayankan orang tersebut. Akibatnya kekuasaan sebagai latar belakang agenda menyoroti cara para kelompok berkuasa

mengendalikan agenda tetap menjadi isu yang mengancam di bawah layar radar kebijakan. Selain itu Menurut Bachrach dan Barats, kekuasaan sebagai bukan pembuat keputusan mencakup kegiatan yang membatasi lingkup pembuatan keputusan untuk menyelamatkan isu dengan merubah nilai masyarakat yang dominan, mitos dan lembaga serta prosedur politik.

3. Kekuasaan sebagai Pengendali Pikiran

Steven Lukes menggambarkan kekuasaan sebagai pengendali gagasan. Dengan kata lain, kekuasaan berfungsi sebagai kemampuan untuk mempengaruhi orang lain dengan membentuk keinginan mereka. Alam dimensi ini, misalkan A melakukan kekuasaan kepada B pada saat A mempengaruhi B dengan cara yang tidak sesuai dengan keinginan B. Sebagai contoh, orang miskin memberikan surat kepada Presiden Bush pada tahun 2004 meskipun kebijakan dalam negerinya tidak sesuai dengan keinginan mereka. Lukes berpendapat bahwa A memperoleh kepatuhan B melalui cara yang terselubung. Cara terselubung

ini meliputi kemampuan kemampuan untuk membentuk arti dan cara pandang terhadap kenyataan yang mungkin dilakukan melalui pengendalian informasi, media massa dan melalui pengendalian proses sosialisasi.



SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

BAB 2

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

2.1 Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Sesuai dengan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan),

kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Pengertian sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yaitu input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan.

Berikut penjabaran dari setiap sub sistem tersebut:

1. Input

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Input sistem pelayanan kesehatan : potensi masyarakat, tenaga & sarana kesehatan.

2. Proses

Kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan : berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

3. Output

Merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan : pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.

4. Dampak

Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan : masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.

5. Umpan Balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam pelayanan kesesahatan : kualitas tenaga kesehatan

6. Lingkungan

Semua keadaan di luar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

2.2 Ciri-Ciri Sistem Pelayanan Kesehatan

Ciri-ciri sistem pelayanan kesehatan dibagi menjadi:

1. P : *Pleasantness* (seorang petugas harus mampu menyenangkan pelanggan).
2. E : *Eagerness to help others* (memiliki keinginan yang kuat dari dalam dirinya untuk membantu).
3. R : *Respect for other people* (harus menghargai dan menghormati pelanggan).

4. S : *Sense of responsibility is a realization that what one does and says is important* (harus memiliki rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan dan perkataannya terhadap pelanggan).
5. O : *Orderly mind is essential for methodical and accurate work* (harus memiliki jalan pemikiran yang terarah dan terorganisasi untuk melakukan pekerjaan dengan metode baik dan tingkat ketepatan yang tinggi).
6. N : *Neatness indicates pride in self and job* (harus memiliki kerapian dan bangga dengan pekerjaannya sendiri).
7. A : *Accurate in everything done is of permanent importance* (harus melakukan pekerjaan dengan keakuratan atau ketepatan atau ketelitian, hal ini merupakan sebuah nilai yang sangat penting).
8. L : *Loyalty to both management and colleagues make good time work* (harus bersikap setia pada management dan rekan kerja, merupakan kunci membangun kerja sama).

9. I : *Intelligence use of common sense at all time* (harus senantiasa menggunakan akal sehat dalam memahami pelanggan dari waktu ke waktu).
10. T : *Tact saying and doing the right thing at the right time* (harus memiliki kepribadian, berbicara, bijaksana dan melakukan pekerjaan secara benar).
11. Y : *Yearning to be good servive clerk and love of the work is essential* (mempunyai keinginan menjadi pelayan yang baik serta mencintai pekerjaannya).

2.3 Jenis Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya

terutama untuk perseorangan dan keluarga, dengan ciri sebagai berikut :

- a. Tenaga pelaksanaannya adalah tenaga para dokter.
- b. Perhatian utamanya adalah penyembuhan penyakit.
- c. Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga.
- d. Kurang memperhatikan efisiensi.
- e. Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran.
- f. Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat undang-undang.
- g. Penghasilan diperoleh dari imbal jasa.
- h. Bertanggung jawab hanya kepada penderita.
- i. Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan .
- j. Masalah administrasi sangat sederhana

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*Public Health Service*) ditandai dengan cara pengorganisasian

yang umumnya secara bersama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Tenaga pelaksanaannya terutama ahli kesehatan masyarakat.
- b. Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit.
- c. Sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan.
- d. Selalu berupaya mencari cara yang efisien.
- e. Dapat menarik perhatian masyarakat.
- f. Menjalankan fungsi dengan mengorganisir masyarakat dan mendapat dukungan undang-undang.
- g. Pengasilan berupa gaji dari pemerintah.
- h. Bertanggung jawab kepada seluruh masyarakat.
- i. Dapat memonopoli upaya kesehatan.

Menghadapi berbagai persoalan kepemimpinan, pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan

promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu, pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas saja, tetapi juga bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.

2.4 Tingkat Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat menurut Leavel & Clark dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu :

1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Promosi Kesehatan sebagai tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Contoh : kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan.

2. *Specific Protection* (Perlindungan Khusus)

Perlindungan khusus adalah masyarakat terlindung dari bahaya atau penyakitpenyakit tertentu. Contoh : imunisasi, perlindungan keselamatan kerja.

3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis Dini & Pengobatan Segera)

Sudah mulai timbulnya gejala penyakit dan dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Contoh : survei penyingkapan kasus.

4. *Disability Limitation* (Pembatasan Kecacatan)

Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit tertentu. Dilakukan pada kasus yang memiliki potensi kecacatan. Contoh : perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut,

pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan, mencegah kematian.

5. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

Dilakukan setelah pasien sembuh, sangat diperlukan pada fase pemulihan terhadap kecacatan, misal : program latihan, konsultasi dan diskusi psikologis untuk meningkatkan semangat individu ke arah positif sehingga semangat hidup meningkat.

2.5 Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan

Lingkup sistem pelayanan kesehatan pada masyarakat terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu :

1. Tingkat Pertama (*Primary Health Service*)

Pelayanan kesehatan yang bersifat pokok yang dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya dilakukan pada masyarakat yang memiliki masalah atau masyarakat sehat. Sifat pelayanan adalah pelayanan dasar yang dapat dilakukan di puskesmas, balai kesehatan masyarakat atau poliklinik.

2. Tingkat Dua (*Secondary Health Service*)

Diperlukan bagi masyarakat yang memerlukan perawatan rumah sakit dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis.

3. Tingkat Tiga (*Tertiary Health Service*)

Merupakan tingkat yang tertinggi. Membutuhkan tenaga ahli atau subspecialis dan sebagai rujukan.

2.6 Syarat Pokok Sistem Pelayanan Kesehatan

Syarat pokok sistem pelayanan kesehatan terbagi menjadi beberapa syarat yaitu :

1. Tersedia dan Berkesinambungan

Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus mudah ditemukan serta selalu siaga keberadaannya di masyarakat setiap kali dibutuhkan.

2. Dapat Diterima dan Wajar

Diartikan bahwa pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat,

kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat bukan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah Dicapai/ Accessible

Ketercapaian yang dimaksudkan diutamakan dari sudut lokasi. Dengan kata lain pelayanan kesehatan dan distribusi sarana kesehatan merata di seluruh wilayah, tidak terkonsentrasi di perkotaan.

4. Mudah Dijangkau/ Affordable

Terutama dari sudut biaya, disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu/ Quality

Mutu yang dimaksudkan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan tata cara penyelenggaraannya disesuaikan kode etik serta yang telah ditetapkan.

2.7 Lembaga Sistem Pelayanan Kesehatan

Lembaga merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat yang

dimaksud bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Tempat tersebut diantaranya :

1. Rawat Jalan

Lembaga pelayanan ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosa dan pengobatan pada penyakit yang akut atau mendadak serta kronis yang dimungkinkan tidak rawat inap. Lembaga ini misalnya : klinik kesehatan, klinik dokter spesialis.

2. Institusi

Merupakan lembaga yang fasilitasnya cukup dalam memberikan pelayanan kesehatan, seperti : rumah sakit dan pusat rehabilitasi

3. Hospice

Lembaga ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada klien yang sakit terminal agar lebih tenang, biasanya dilakukan home care.

4. *Community Base Agency*

Merupakan bagian dari lembaga yang dilakukan pada klien dan keluarga, misalnya : praktek perawat keluarga.

2.8 Faktor yang Mempengaruhi Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adanya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi baru, pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi dan politik.

1. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Baru

Mengingat adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi, seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakitpenyakit yang sulit penyembuhannya, maka digunakanlah alat seperti laser, terapi peruahan gen dan lain-lain. Maka pelayanan kesehatan ini membutuhkan biaya yang

cukup besar dan butuh tenaga yang professional di bidang tertentu.

2. Pergeseran Nilai Masyarakat

Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kondisi demikian akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan.

3. Aspek Legal dan Etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku memberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan norma dan etik yang ada dalam masyarakat

4. Ekonomi

Semakin tinggi ekonomi seseorang pelayanan kesehatan lebih mudah diperoleh dan di jangkau dan begitu sebaliknya dengan orang yang tergolong ekonomi rendah. Keadaan ekonomi ini akan mempengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.

5. Politik

Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam sistem pemberian pelayan kesehatan. Kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan. Strategi yang ada dalam visi Indonesia sehat diantaranya pemahaman tentang paradigma sehat, strategi profesionalisme dalam segala tugas, adanya JPKM, dan desentralisasi. Dalam menggunakan strategi yang ada, pemerintah telah menyusun misi yang akan di jalankan sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan, diantaranya:

- a. Penggerak pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

- b. Memelihara serta meningkatkan melindungi kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan.
- c. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.
- d. Meningkatkan kemandirian masyarakat hidup sehat.



MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

BAB 3

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan, baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas, akan diapresiasi oleh masyarakat luas selaku pengguna layanan jika pelayanan kedua institusi pelayanan kesehatan tersebut bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu pasti menggunakan pendekatan manajemen sehingga pengelolaannya menjadi efektif, efisien, dan produktif, agar dapat menyediakan pelayanan kesehatan seperti itu, pimpinan dan staf dari kedua institusi pelayanan tersebut harus menerapkan prinsip manajemen. Ilmu terapan yang dapat dimanfaatkan di berbagai jenis organisasi untuk membantu manajer dalam memecahkan masalah organisasi, sehingga manajemen juga dapat digunakan dalam bidang kesehatan untuk membantu manajer organisasi pelayanan kesehatan memecahkan masalah kesehatan masyarakat merupakan pengertian dari manajemen.

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur petugas kesehatan dan non-petugas kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Sebagian besar penempatan dokter yang baru lulus diarahkan untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis di puskesmas seluruh Indonesia. Dokter tidak saja berperan sebagai *medicus practicus*, namun juga sebagai pimpinan unit kerja pelayanan kesehatan seperti sebagai kepala puskesmas. Selain itu, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, menyebutkan dalam pasal 34 ayat 1 bahwa setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan yang dibutuhkan, oleh karena itu dokter dituntut untuk mengembangkan *managerialship* dan *leadership* sehingga tugas pokok dan fungsi puskesmas berkembang efektif, efisien, dan produktif. Sehingga penting bagi dokter untuk mengetahui lebih dalam serta memiliki kemampuan mengenai manajemen kesehatan dan manajemen puskesmas.

3.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen adalah ilmu terapan yang dapat dimanfaatkan di berbagai jenis organisasi untuk membantu dalam memecahkan masalah organisasi, sehingga manajemen juga dapat digunakan dalam bidang kesehatan untuk membantu manajer organisasi pelayanan kesehatan memecahkan masalah kesehatan masyarakat. Menurut Notoatmodjo, manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur petugas kesehatan dan non-petugas kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Pengertian manajemen banyak disampaikan oleh para ahli, namun dalam materi ini hanya akan disampaikan beberapa pendapat ahli manajemen :

1. H. Koontz & O,Donnel dalam bukunya "*Principles of Management*" mengemukakan sebagai berikut : "manajemen berhubungan dengan pencapaian sesuatu tujuan yang dilakukan melalui dan dengan orang lain" (Management involves getting things done thought and with people).
2. Mary Parker Follett mendefinisikan "manajemen

sebagai seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain.

3. George R. Terry dalam bukunya "*Principles of Management*" menyampaikan pendapatnya :
"manajemen adalah suatu proses yang membedakan atas ; perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan dan pengawasan, dengan memanfaatkan baik ilmu maupun seni, sehingga dapat menyelesaikan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya"
(Management is a distinct process consisting of planning, organizing, actuating, and controlling, utilizing in each both science and art, and followed in order to accomplish predetermined objectives)
4. James A.F. Stoner dalam bukunya "Management" (1982) mengemukakan "manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya- sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan".

Berdasarkan beberapa pengertian manajemen

di atas, dapat dikatakan bahwa manajemen memiliki beberapa ciri antara lain :

1. Manajemen diarahkan untuk mencapai tujuan
2. Manajemen sebagai proses; perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengarahan dan pengawasan
3. Tersedia sumber daya; manusia, material dan sumber lain
4. Mendayagunakan atau menggerakkan sumber daya tersebut secara efisien dan efektif
5. Terdapat orang yang menggerakkan sumber daya tersebut (manajer)
6. Penerapan manajemen berdasarkan ilmu dan juga seni atau keahlian yang harus dimiliki oleh manajer.

3.2 Syarat Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan

Syarat dari pelaksanaan kesehatan diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia dimasyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua

jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama darisudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang keempat adalah mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini

terutama dari sudut biaya. Dalam rangka mewujudkan keadaan seperti tersebut harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang kelima adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Pelayanan kesehatan, baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit, akan diapresiasi oleh masyarakat luas selaku pengguna layanan jika pelayanan dari kedua institusi pelayanan kesehatan tersebut bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu menggunakan pendekatan manajemen sehingga pengelolaannya menjadi efektif, efisien, dan

produktif. Dalam penyediaan pelayanan kesehatan, pimpinan dan staf dari kedua institusi pelayanan tersebut harus menerapkan prinsip-prinsip manajemen.

3.3 Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama, namun secara umum berbagai strata ini dapat di kelompokkan menjadi tiga macam yakni:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk

menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersediannya tenaga-tenaga spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga sub spesialis.

3.4 Sudut Pandang Terhadap Manajemen

Dalam rangka mengkaji lebih jauh tentang manajemen, perlu disampaikan beberapa pandangan tentang manajemen :

1. Manajemen sebagai suatu sistem

Manajemen dipandang sebagai suatu kerangka kerja yang terdiri dari berbagai bagian yang saling berhubungan yang diarahkan dalam rangka pencapaian tujuan organisasi.

2. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai rangkaian tahapan kegiatan yang diarahkan pada pencapaian tujuan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manajemen sebagai suatu proses dapat dipelajari dari fungsi manajemen yang

dilaksanakan oleh manajer.

3. Manajemen sebagai suatu ilmu terapan

Manajemen hanya dapat diterapkan dalam kehidupan yang nyata, dan dalam menerapkan manajemen, dibantu oleh berbagai cabang ilmu lainnya, seperti ; komunikasi, sosiologi, ekonomi, psikologi, matematika.

4. Manajemen sebagai suatu bentuk kerjasama

Manajemen merupakan kerjasama sekelompok orang untuk mencapai tujuan organisasi. Manajemen dapat dipelajari dari proses kerjasama yang berkembang antara pimpinan dengan staf untuk mencapai tujuan organisasi.

5. Manajemen ditinjau dari aspek perilaku manusia.

Dalam manajemen, manusia merupakan sumber daya yang paling penting. Pada sudut pandang ini manajemen dapat dilihat dari perilaku manusia yang ada dalam organisasi. Di sini dapat ditelaah mengenai aspek kepemimpinan serta proses dan mekanisme kepemimpinan. Ditinjau dari pengambilan

keputusan dapat dikatakan '*Management as a decision making process*'.

6. Manajemen sebagai proses pemecahan masalah

Proses manajemen dalam prakteknya dapat dikaji dari proses pemecahan masalah yang dilaksanakan oleh semua bagian/ komponen yang ada dalam organisasi. Secara konkrit dalam organisasi pelayanan kesehatan, seperti yang dilakukan di Rumah Sakit dan Puskesmas yaitu, identifikasi masalah, perumusan masalah dilanjutkan dengan langkah-langkah pemecahan masalah. Melalui tahapan tersebut diharapkan tercapai hasil kegiatan secara efektif dan efisien.

7. Manajemen sebagai profesi

Manajemen mempunyai bidang pekerjaan atau bidang keahlian tertentu, seperti halnya bidang lain, misalnya profesi di bidang kesehatan, di bidang hukum, dan lainnya.

Berdasarkan beberapa pandangan di atas, dapat disimpulkan ada tiga alasan mendasar, mengapa manajemen diperlukan, yaitu :

1. Untuk mencapai tujuan organisasi. Manajemen

dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi dan juga tujuan individu yang ada dalam organisasi tersebut.

2. Untuk menjaga keseimbangan diantara tujuan yang saling bertentangan. Manajemen dibutuhkan untuk menjaga keseimbangan antara tujuan, sasaran dan kegiatan yang bertentangan dari berbagai pihak yang berkepentingan dengan organisasi, seperti ; pimpinan, pegawai, pelanggan, serikat kerja, masyarakat, pemerintah (pemerintah daerah), dan lain-lain.

Untuk mencapai efisiensi dan efektivitas. Efisiensi adalah kemampuan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan benar, sedangkan efektivitas merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

3.5 Prinsip Dasar Dalam Manajemen Kesehatan

Prinsip-Prinsip dalam manajemen kesehatan sama dengan fungsi dalam manajemen kesehatan, yaitu:

1. Prinsip Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan prinsip terpenting dalam manajemen. Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut.

Melalui perencanaan dapat mengetahui : tujuan yang ingin dicapai; jenis dan struktur organisasi yang dibutuhkan; jenis dan jumlah staf yang diinginkan dan uraian tugasnya; sejauh mana efektivitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan; bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan.

Proses penyusunan sebuah perencanaan terdapat lima langkah yang perlu dilakukan dalam manajemen kesehatan, yaitu:

- a. Analisa situasi
- b. Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya

- c. Menentukan tujuan program
- d. Mengkaji hambatan dan kelemahan program
- e. Menyusun rencana kerja operasional.

2. Prinsip Pengorganisasian (*Organizing*)

Melalui adanya pengorganisasian, maka seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Seorang pemimpin akan mengetahui: pembagian tugas secara jelas, tugas pokok dan prosedur kerja staf, hubungan organisatoris dalam struktur organisasi, pendelegasian wewenang, dan pemanfaatan staf dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi melalui pengorganisasian.

Ada enam langkah penting dalam membuat pengorganisasian, yaitu:

- a. Tujuan organisasi harus sudah dipahami oleh staf
- b. Membagi habis pekerjaan dalam bentuk kegiatan-kegiatan pokok untuk mencapai

tujuan

- c. Menggolongkan kegiatan pokok ke dalam suatu kegiatan yang praktis
 - d. Menetapkan kewajiban yang harus dilakukan oleh staf dan menyediakan fasilitas pendukung yang diperlukan untuk melaksanakan tugasnya
 - e. Penugasan personal yang terampil.
3. Prinsip Pelaksanaan dan Pembimbingan (*Actuating*)

Pada prinsip ini lebih mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Beberapa hal yang dapat menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi yaitu : peran kepemimpinan (*leadership*), motivasi staf, kerja sama antar staf, dan komunikasi yang lancar antar staf. Tujuan Prinsip pelaksanaan dan pembimbingan adalah:

- a. Menciptakan kerjasama yang lebih efisien
- b. Mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf

- c. Menumbuhkan rasa menyukai dan memiliki pekerjaan
- d. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang meningkatkan motivasi prestasi kerja staf
- e. Membuat organisasi berkembang secara dinamis.

4. Prinsip Pengawasan (*Controlling*)

Melalui fungsi pengawasan, standar keberhasilan program yang telah dibuat dalam bentuk target, prosedur kerja, dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jenis standar pengawasan dibagi menjadi dua standar, yaitu:

- a. Standar norma, standar yang dibuat berdasarkan pengalaman staf melaksanakan program yang sejenis atau yang pernah dilaksanakan dalam situasi yang sama di masa lalu
- b. Standar kriteria, standar yang diterapkan untuk kegiatan-kegiatan pelayanan oleh

petugas yang sudah mendapatkan pelatihan.

Pemimpin mendapatkan data pada saat melakukan pengawasan dengan tiga cara: pengamatan langsung, laporan lisan dari staf atau pengaduan masyarakat, dan laporan tertulis dari staf.

5. Prinsip Evaluasi (*Evaluation*)

Tujuannya yaitu untuk memperbaiki efisiensi dan efektivitas pelaksanaan program dengan memperbaiki fungsi manajemen. Evaluasi ada beberapa macam, yaitu:

- a. evaluasi terhadap input, dilaksanakan sebelum program dilaksanakan
- b. evaluasi terhadap proses, dilaksanakan pada saat kegiatan berlangsung
- c. evaluasi terhadap output, dilaksanakan setelah pekerjaan selesai.

3.6 Perencanaan Kesehatan Berbasis POACE

1. *Planning*

Perencanaan program kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang

dimasyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja. Langkah yang sering digunakan dalam perencanaan program kesehatan adalah mengikuti prinsip lingkaran pemecahan masalah (*problem solving cycle*), secara umum tersusun sebagai berikut :

- a. Melakukan Pengumpulan Data
- b. Menetapkan Prioritas Masalah
- c. Menyusun Alternatif Jalan Keluar
- d. Memilih Prioritas Jalan Keluar
- e. Menyusun Rencana Kerja Selengkapya
- f. Metode Penilaian dan Kriteria Keberhasilan

2. Organizing

Pengorganisasian dilakukan dengan tujuan membagi suatu kegiatan besar menjadi kegiatan yang lebih kecil. Pengorganisasian mempermudah

manajer dalam melakukan pengawasan dan menentukan orang yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas yang telah dibagi tersebut. Pengorganisasian dapat dilakukan dengan cara menentukan tugas apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakannya, bagaimana tugas tersebut dikelompokkan, siapa yang bertanggung jawab atas tugas tersebut, pada tingkatan mana keputusan harus diambil. Pengorganisasian yang dapat dilakukan dalam perencanaan program kesehatan ialah:

- a. Bagaimana bentuk tindakan pemberantasan penyakit tidak menular yang akan dilakukan dan siapa yang akan melakukannya?
- b. Mengordinir petugas kesehatan yang akan melakukan tahapan pemberantasan penyakit tidak menular dimasyarakat.

Point pertama diatas dapat terjawab dengan melakukan tindakan pengorganisasian perencanaan program kesehatan berupa pelaksanaan tugas oleh bidang pemberantasan kesehatan tidak menular yang telah dibentuk

sebelumnya oleh pemerintah terkait yang kemudian akan dilaksanakan oleh bidang lain misalnya Bidang Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan terdiri dari :

a. Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit.

b. Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi

Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan Pengamatan Penyakit dan Imunisasi.

c. Seksi Penyehatan Lingkungan

Seksi Penyehatan Lingkungan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan penyehatan lingkungan. Ketiga contoh diatas

merupakan bentuk pengorganisasian dari perencanaan program kesehatan dalam rangka pemberantasan penyakit tidak menular. Poin kedua ialah cara untuk mengordinir petugas pemberantasan kesehatan dimasyarakat oleh petugas kesehatan ialah dengan memberdayakan semua potensi yang ada baik itu dari lingkup kesehatan sendiri maupun dari masyarakat sendiri.

3. *Controlling*

a. Tenaga Kesehatan

Peranan dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan yang menekankan penyembuhan penyakit adalah sangat penting. Pengelolaan upaya kesehatan dan pembinaan bangsa yang sehat memerlukan pendekatan holistik yang lebih luas, menyeluruh, dan dilakukan terhadap masyarakat secara kolektif dan tidak individual. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat, mampu melibatkan kerjasama

lintas sektoral, mampu mengelola sistem pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, mampu menjadi pemimpin, pelopor, pembinan dan teladan hidup sehat.

b. Pemberdayaan Masyarakat.

Dalam pembinaan dan pemberdayaan masyarakat yang sangat penting adalah bagaimana mengajak dan menggairahkan masyarakat untuk dapat tertarik dan bertanggungjawab atas kesehatan mereka sendiri dengan memobilisasi sumber dana yang ada pada mereka.

c. Kesehatan dan Komitmen Politik.

Masalah kesehatan pada dasarnya adalah masalah politik oleh karena itu untuk memecahkan masalah kesehatan diperlukan komitmen politik. Dewasa ini masih teras adanya anggapan bahwa unsur kesehatan penduduk tidak banyak berperan terhadap pembangunan sosial ekonomi. Para penentu kebijakan banyak beranggapan sektor kesehatan lebih merupakan sektor konsumtif

daripada sektor produktif sebagai penyedia sumber daya manusia yang berkualitas, sehingga apabila ada kegoncangan dalam keadaan ekonomi negara alokasi terhadap sektor ini tidak akan meningkat.

d. Evaluasi

Evaluasi program adalah sebuah kegiatan yang dilakukan untuk melihat lebih dekat dan seksama sebuah program. Hal ini melibatkan metode penelitian dan sifatnya lebih detail. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat seberapa banyak perubahan yang dapat dilakukan program tersebut terhadap pendapatan kesehatan secara luas, seperti prevalensi penggunaan alat kontrasepsi atau ratio kematian ibu dan bayi. Kegiatan evaluasi pada umumnya meliputi pengukuran pada saat awal program dan akhir program dan jika memungkinkan mengontrol atau membandingkan antara kelompok yang satu dengan yang lain untuk membantu melihat seberapa besar perubahan dalam pencapaian

outcomes sebagai hasil akhir dari kegiatan program kesehatan tersebut. Namun, tidak termasuk faktor yang mempengaruhi lainnya dari luar program tersebut.

Mendesain sebuah evaluasi yang baik membutuhkan spesialisasi keterampilan teknis yang mungkin saja tidak dimiliki oleh program kesehatan. Jika dimungkinkan, seorang ahli evaluasi dapat membantu program tersebut. Berbeda dengan monitoring sebuah program yang dapat dilakukan oleh manager program. Evaluasi yang dapat dilakukan dalam hal ini ialah sebagai berikut: Mengungkapkan rentangan isu yang luas dengan cara melakukan survei berbagai kelompok yang terlibat dalam satu program untuk menentukan kepercayaan itu sebagai isu yang relevan.

- a. Mengurangi jumlah isu yang dapat diukur.
- b. Membentuk dua tim evaluasi yang berlawanan dan memberikan kepada mereka kesempatan untuk berargumen.

c. Melakukan sebuah pertemuan dengan pendapat yang formal. Tim evaluasi ini kemudian mengemukakan argumentasi dan bukti sebelum mengambil keputusan.



SISTEM RUJUKAN KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN

BAB 4

SISTEM RUJUKAN KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN

4.1 Sistem Pelayanan Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan wewenang atau tanggung jawab timbal balik, terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan, secara vertikal dalam arti dari unit yang terkecil atau berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Salah satu bentuk pelaksanaan dan pengembangan upaya kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah rujukan upaya kesehatan. Untuk mendapatkan mutu pelayanan yang lebih terjamin, berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efesien), perlu adanya jenjang

pembagian tugas diantara unit-unit pelayanan kesehatan melalui suatu tatanan sistem rujukan.

4.2 Macam-macam Sistem Rujukan

Menurut tata hubungannya sistem rujukan dibagi menjadi:

1. Rujukan Internal

Rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.

2. Rujukan Eksternal

Rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah). Menurut lingkup Pelayanannya dibagi menjadi:

a. Rujukan Medik

Rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis

(jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Disamping itu juga mencakup rujukan pengetahuan (konsultasi medis) dan bahan-bahan pemeriksaan. Rujukan medik dibagi menjadi :

1) Transfer of patient

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

2) Transfer of specimen

Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

3) Transfer of knowledge / personal

a) Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan & keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi.

b) Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan & keterampilan mereka ke

rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan.

b. Rujukan Kesehatan Masyarakat

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promosi). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional. Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium kesehatan, teknologi kesehatan.

c. Tujuan Sistem Rujukan

1) Tujuan Umum

a) Untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

b) Untuk memberikan petunjuk kepada petugas puskesmas tentang pelaksanaan rujukan medis dalam rangka menurunkan IMR dan AMR.

- 2) Tujuan Khusus
 - a) Meningkatkan kemampuan puskesmas dan peningkatannya dalam rangka menangani rujukan kasus “resiko tinggi” dan gawat darurat.
 - b) Menyeragamkan dan menyederhanakan prosedur rujukan di wilayah kerja puskesmas.
- d. Manfaat Sistem Rujukan
 - 1) Dari Sudut Pemerintah Sebagai Penentu Kebijakan (Policy Maker)
 - a) Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan.
 - b) Memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antar berbagai sarana kesehatan yang tersedia.
 - c) Memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

2) Dari Sudut Masyarakat Sebagai Pengguna Jasa Pelayanan (Health Consumer)

- a) Meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang.
- b) Mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan kesehatan.

3) Dari Sudut Kalangan Kesehatan Sebagai Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (Health Provider)

- a) Memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi.
- b) Membantu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan, yaitu: kerja sama yang terjalin.
- c) Memudahkan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan

mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

e. Tata Laksana Sistem Rujukan

- 1) Internal antar petugas di satu instansi
- 2) Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
- 3) Antara masyarakat dan puskesmas
- 4) Antara satu puskesmas dan puskesmas lainnya
- 5) Antara puskesmas dan RS, laboratorium/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- 6) Internal antar bagian/unit pelayanan di dalam satu RS
- 7) Antara RS, laboratorium/fasilitas pelayanan lain dari RS.

4.3 Prosedur Pelaksanaan Sistem Rujukan

Dalam membina sistem rujukan ini perlu ditentukan beberapa hal, yaitu:

1. Regionalisasi

Regionalisasi adalah pembagian wilayah pelaksanaan sistem rujukan. Pembagian wilayah

ini didasarkan atas pembagian wilayah secara administratif, tetapi perlu didasarkan atas lokasi atau mudahnya sistem rujukan tersebut dicapai. Hal ini untuk menjaga agar pusat sistem rujukan mendapat arus penderita secara merata. Tiap tingkat unit kesehatan diharapkan melakukan penyaringan terhadap penderita yang akan disalurkan dalam sistem rujukan. Penderita yang dapat melayani oleh unit kesehatan tersebut, tidak perlu dikirim ke unit lain yang lebih mampu.

2. Kemampuan Unit Kesehatan dan Petugas

Kemampuan unit kesehatan tergantung pada macam petugas dan peralatannya. Walaupun demikian diharapkan mereka dapat melakukan keterampilan tertentu. Dalam kaitan ini perlu ditetapkan penggolongan penyakit, menjadi 3 golongan diantaranya :

- a. Penyakit yang bersifat darurat, yaitu penyakit yang harus segera di tanggulangi, karena bila terlambat dapat menyebabkan kematian.

- b. Penyakit yang bersifat menahun, yang penyembuhan dan pemulihannya memerlukan waktu yang lama dan dapat menimbulkan beban pembiayaan yang tidak dapat dipikul oleh penderita dan keluarganya.
- c. Penyakit yang bersifat akut tetapi tidak gawat, rehabilitas sosial, bagi penderita yang telah sembuh dari penyakit menahun seperti kusta dan jiwa yang tidak dapat dikembalikan kepada masyarakat, serta perawatan kesehatan bagi orang jompo, terutama menjadi tanggung jawab pemerintah.

Sedangkan, langkah pelaksanaan dalam sistem rujukan, yaitu :

1. Menentukan Kegawatdaruratan Penderita

- a. Pada tingkat kader, ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.

b. Pada tingkat puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.

2. Menentukan Tempat Rujukan

Dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

3. Memberikan Informasi Kepada Penderita dan Keluarga

Perlu kaji ulang rencana rujukan bersama penderita dan keluarga. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan, perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika penderita tidak siap dengan

rujukan, lakukan konseling terhadap penderita dan keluarganya tentang rencana tersebut.

4. Mengirimkan Informasi Pada Tempat Rujukan yang Dituju
 - a. Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
 - b. Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
 - c. Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.
5. Persiapan Penderita
6. Pengiriman Penderita
7. Tindak Lanjut Penderita
 - a. Untuk penderita yang telah dikembalikan (rawat jalan pasca penanganan).
 - b. Penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor harus ada tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan rumah.



PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN

BAB 5

PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN

5.1 Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

World Health Organization (WHO) mendefinisikan pembiayaan kesehatan sebagai: "*Fungsi sistem kesehatan berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif dalam sistem kesehatan*". Pembiayaan kesehatan adalah salah satu fungsi dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), baik menurut format SKN (Perpres-72/2012) maupun menurut format WHO.

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur insentif keuangan yang tepat untuk provider kesehatan, hal ini berfungsi untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses terhadap kesehatan masyarakat yang efektif dan pelayanan kesehatan individu. Sistem pembiayaan kesehatan yang baik yaitu mengumpulkan dana yang memadai untuk

kesehatan, mencari cara yang memastikan orang dapat menggunakan layanan yang dibutuhkan, dan dilindungi dari bencana keuangan atau pemiskinan akibat pembayaran layanan kesehatan. Hal tersebut juga memberikan insentif bagi penyedia dan pengguna untuk efisien.

Berdasarkan Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan beberapa kebijakan umum tentang pembiayaan kesehatan, seperti dikutip berikut ini:

“Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya”. “Pembiayaan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan kecukupan, menyeluruh, berkesinambungan, berhasil guna, berdaya guna, menjamin pemerataan, berkeadilan dan transparan serta akuntabel”.

5.2 Sistem Kesehatan dan Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Menurut Peraturan Presiden No.72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional disebutkan 7 fungsi yang saling berkaitan dalam SKN, yaitu (1) tata kelola (*governance*) yang didukung dengan sistem informasi, (2) pengelolaan SDM Kesehatan, (3) pengelolaan obat/alkes dan makanan/minuman, (4) Litbangkes, (5) Pemberdayaan masyarakat, (6) Pembiayaan kesehatan dan (7) sistem pelayanan/upaya kesehatan.

Bank Dunia (2008) menyebutkan 3 fungsi sistem pembiayaan kesehatan, yaitu (1) *collecting*, (2) *pooling* dan (3) *purchasing*. Tiga fungsi tersebut bertujuan dan cocok untuk memberikan “*financial protection*” kepada peserta asuransi kesehatan, jadi bukan untuk program atau upaya kesehatan yang bersifat “*public goods*”. Dengan perkataan lain, 3 fungsi tersebut adalah parsial, hanya cocok untuk

upaya pelayanan klinis (pengobatan) yang dibiayai melalui sistem asuransi.

Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan 3 fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu: (1) mobilisasi sumber-sumber pembiayaan, (2) alokasi anggaran kesehatan dan (3) pemanfaatan anggaran kesehatan:

1. Tentang mobilisasi menurut Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan sumber pembiayaan termasuk sumber pemerintah (APBN dan APBD) dan non-pemerintah (masyarakat dan swasta) serta sumber-sumber lain yang sah.
2. Tentang alokasi anggaran ditetapkan cukup diskret dalam Undang-Undang No.36 tersebut, yaitu sebagai berikut:
 - a. Alokasi untuk kesehatan minimal 5% dari APBN setelah dikurangi gaji
 - b. Alokasi untuk kesehatan minimal 10% dari APBD setelah dikurangi gaji

- c. $\frac{2}{3}$ dari alokasi untuk kesehatan tersebut (dari APBN maupun APBD) dialokasikan untuk pelayanan publik.
- d. Pelayanan publik terdiri dari UKM dan UKP. Porsi APBN dan APBD untuk UKP terbatas untuk subsidi biaya pengobatan bagi penduduk miskin (misalnya dana PBI dari APBN atau subsidi penduduk miskin dari APBD). Berarti sisa dari jumlah dua pertiga tersebut adalah untuk UKM.
- e. Karena penduduk miskin/kurang mampu sudah ditanggung oleh APBN (dana untuk PBI), seharusnya $\frac{2}{3}$ alokasi APBD adalah untuk UKM.
- f. Undang-Undang No.36 tidak menetapkan untuk apa yang sepertiga dari alokasi kesehatan tersebut. Dalam pembahasan persiapan RPP Pembiayaan kesehatan disepakati bahwa jumlah $\frac{1}{3}$ tersebut adalah untuk pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan di pusat dan daerah; termasuk pembangunan infrastruktur kesehatan.

3. Tentang pemanfaatan anggaran kesehatan Peraturan Presiden No.72 tahun 2012 yang mengatur tentang Sistem Kesehatan Nasional menetapkan bahwa prioritas pemanfaatan APBN dan APBD adalah untuk pelayanan kesehatan yang bersifat “*public goods*” (pasal 114). Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat “*private goods*” (pengobatan), pembiayaannya diutamakan melalui sistem asuransi, kecuali penduduk miskin yang tetap memerlukan subsidi APBN dan APBD (pasal 115).

5.3 Aspek Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku manusia sangat mempengaruhi proses manajemen, terdapat 3 kelompok manusia yang sedikit terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan yaitu kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan, kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan, dan kelompok yang secara tidak langsung ikut terlibat yaitu keluarga-keluarga penderita, masyarakat umum dan para administrator.

Perencanaan yang baik tidak jarang mengalami kegagalan ketika telah sampai pada tahap pelaksanaan dikarenakan faktor manusia yang tidak secara cermat diperhatikan ketika dalam proses perencanaan. Dalam proses manajemen tidak hanya terkait beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat khusus dari pelayanan kesehatan. Para penyelenggara kesehatan akan selalu didesak untuk menggunakan kemampuan, teknologi, maupun obat-obatan yang mutakhir agar mereka merasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepada mereka dalam menyembuhkan pasien. Sedangkan bagi pasien, keadaan tersebut membuat kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, cost efficiency dan lain-lain.

Hal tersebut yang membuat pelayanan kesehatan dianggap semata-mata bersifat konsumtif, tanpa mempedulikan aspek untung rugi. Kepentingan ini berlawanan dengan kepentingan para administrator yang memperhatikan aspek untung rugi dari biaya pelayanan kesehatan. Serangkaian kejadian tersebut membuat administrator mengaluh

akan sikap para konsumen, dan para penyelenggara pelayanan kesehatan mengeluhkan sikap administrator.

Konflik yang terjadi karena tingkah laku manusia tersebut akan dapat diatasi dengan diterapkannya keseimbangan antara hak dan kewajiban serta ganjaran dan hukuman (reward and punishment), disamping itu juga harus menghindari perilaku-perilaku negatif. Berikut ini adalah contoh untuk memberikan gambaran mengenai perilaku manusia dalam pelayanan kesehatan:

1. Di ruang praktik seorang dokter, seorang pasien yang telah menderita batuk dalam jangka waktu yang lama, mengutarakan keinginannya untuk berobat ke dokter spesialis penyakit dalam, tanpa memberi kesempatan pada dokter untuk memeriksanya. Dalam kepentingan ini terjadi konflik kepentingan antara dokter dan pasien. Sang pasien berpendapat bahwa karena batuknya sudah lama maka begitu saja disimpulkan bahwa penyakitnya pasti sudah lanjut maka dari itu harus ditangani oleh dokter spesialis. Namun, karena

perusahaan menetapkan bahwa berobat ke dokter spesialis harus melalui dokter umum, terpaksa pasien ke dokter umum terlebih dahulu, disini pikiran pasien dokter umum hanya menuliskan surat rujukan. Sebaliknya bagi sang dokter, ada konflik profesional untuk begitu saja menulis surat rujukan. Dengan sedikit pemeriksaan bantuan seperti rontgen, diagnose tersebut mungkin sudah 100% dapat ditegakkan. Apabila diagnose tersebut sudah dapat ditegakkan, pengobatan pun tidak terlalu merepotkan.

2. Sebagai akibat dari pandangan/kesan bahwa masalah kesehatan bersifat konsumtif dan berfungsi sosial, banyak instansi kesehatan yang menjamin pelayanan kesehatan secara cuma-cuma. Sikap ini sudah tentu menjauhkan pendekatan untuk menumbuhkan keseimbangan antara hak dan kewajiban serta pendekatan ganjaran dan hukuman.⁵

Tidak adanya sanksi menyebabkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan menelan biaya yang sangat besar. Pasien akan menggunakan haknya

tanpa dituntut seperti kewajiban untuk menghemat, sedangkan para dokter memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan ilmunya sesuai dengan perkembangan teknologi dan obat-obatan yang baru secara berlebihan. Bagi pasien, mereka akan memilih berobat pada dokter yang mereka anggap paling kompeten, dengan demikian mereka akan langsung menjurus pada dokter spesialis dan dokter senior. Keadaan tersebut akan menjurus pada tidak berlakunya sistem rujukan, yaitu suatu sistem yang ideal dalam jenjang pelayanan kesehatan, namun sukar untuk dilaksanakan.

Sebaliknya para penyelenggara pelayanan kesehatan dengan sifat manusiawinya yang merasa mempunyai tanggung jawab moral kepada pengobatan pasien yang dihadapkan dengan kecanggihan teknologi yang baru dan obat-obatan yang baru pula sudah tentu akan mendorong para dokter untuk menggunakan alat-alat maupun obat-obatan tersebut, tidak saja untuk memenuhi tanggung jawab moralnya kepada pengobatan tetapi juga untuk selalu mengikuti perkembangan ilmu kedokteran itu

sendiri. Berdasarkan hal tersebut kepentingan antara konsumen dan pelayanan kesehatan bertemu sehingga akan lebih mendorong peningkatan biaya pelayanan kesehatan, disamping itu sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri juga akan menambah beban.

5.4 Fokus Pembiayaan Kesehatan

5.4.1 Prioritas pemanfaatan belanja kesehatan: cenderung parsial

Secara umum, belanja kesehatan diperlukan untuk tiga (3) area sistem kesehatan, yaitu: (1) upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; (2) upaya kesehatan perseorangan (UKP) yang menekankan pelayanan pengobatan perorangan; dan (3) pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan (Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, Peraturan Presiden No.72 tahun 2012 tentang sistem kesehatan nasional, WHO: 2010). *National Health Account* atau NHA (2017) menunjukkan bahwa sebagian besar belanja kesehatan – yaitu 73,3% - terpakai

untuk pelayanan kuratif (UKP), sedangkan upaya promotif-peventif (UKM) 9,6% dan untuk pengelolaan dan penguatan sistem kesehatan – termasuk investasi fisik adalah 17,1%.

5.4.2 Pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Pemerintah atau Kementerian Kesehatan tahun 2010 mengalokasikan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) langsung ke puskesmas di seluruh Indonesia. Dana BOK adalah untuk kegiatan UKM di luar Gedung yang meliputi program KIA, KB, gizi, imunisasi, promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan. Dana BOK tidak boleh dipergunakan untuk pelayanan kuratif. Pada tahun pertama (2010) dana BOK berjumlah Rp 226.000.000.000,00, dan berangsur naik setiap tahun. Pada tahun 2017 jumlahnya naik menjadi Rp 4.800.000.000.000,00.

Dana BOK adalah tumpuan pembiayaan UKM di Indonesia dan puskesmas adalah unit pelaksana utama kegiatan UKM tersebut.

Kebijakan tersebut didasarkan pada temuan DHA di sejumlah banyak kabupaten/kota, yang menunjukkan bahwa belanja kesehatan daerah sebagian besar terpakai untuk pelayanan kuratif atau UKP (40%), administrasi dan saranaprasarana atau PSK (50%). Sedangkan UKM hanya mendapat antara 3% sampai 12%. Di dalam UKM tersebut ada lebih dari 10 program; termasuk KIA, KB, imunisasi, gizi, TB, malaria, promkes, dan lain-lain. Data DHA tersebut menunjukkan bahwa program-program tersebut masing-masing hanya mendapat 0,7%.

5.4.3 Pembiayaan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

Peraturan presiden nomor 72 tahun 2012 pasal 115 menetapkan bahwa karena UKP bersifat “*private goods*”, maka pembiayaannya dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan dan/atau mekanisme tarif. Selanjutnya dalam undang-undang nomor 42 tahun 2004 ditetapkan tentang penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satunya adalah Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN). Kemudian undang-undang nomor 24 tahun 2011 menetapkan BPJS sebagai penyelenggara JKN tersebut. Anggaran JKN berasal dari iuran peserta (premi). Iuran (premi) penduduk miskin dan tak mampu ditanggung oleh pemerintah (PBI). Anggaran JKN dipergunakan untuk membayar pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tertier serta promosi kesehatan yang bersifat perorangan; yaitu promosi kesehatan yang bersifat UKP, bukan UKM.

Dua sumber utama pembiayaan UKP adalah: (i) belanja rumah tangga atau “*out of pocket payment*” (OOP); dan (ii) asuransi kesehatan sosial dan komersial. Belanja OOP berkisar 45% dari belanja total kesehatan nasional dan sebagian besar adalah untuk membeli obat. Belanja dari asuransi kesehatan sosial (JKN) terus naik dari tahun ke tahun, yaitu Rp. 40.000.000.000.000,00 pada tahun 2015 menjadi Rp.70.000.000.000.000,00 pada tahun 2017. Masalah serius yang dihadapi dalam pembiayaan

JKN adalah terjadinya defisit yang semakin besar dari tahun ke tahun.

Defisit JKN/BPJS disebabkan “*cash inflow*” lebih kecil dari pada “*cash outflow*”. Masalah dalam “*cash inflow*” adalah: a) premi yang berlaku sekarang terlalu kecil karena didasarkan pada pengalaman Jamkesmas dan PT. Askes pra-JKN/BPJS. Dalam asuransi kesehatan ada kecenderungan “*moral hazard*” termasuk peningkatan utilisasi, sehingga perhitungan premi perlu disesuaikan dengan kenaikan utilisasi tersebut, terutama utilisasi pelayanan katastrofik; b) banyak peserta mandiri (non-PBI) yang tidak teratur membayar premi (10.800.000 peserta pada tahun 2017 dan 14.200.000 peserta pada tahun 2018; dan c) banyak pemda kabupaten terlambat membayar premi karena baru bisa dibayarkan setelah ada ketetapan anggaran daerah.

Masalah dalam “*cash outflow*” adalah sistem pelayanan yang belum baik termasuk: a) sistem rujukan non-spesialistik belum efektif di FKTP; b) sistem rujuk-balik juga belum berjalan

baik antara lain karena tidak tersedianya obat di FKTP yang sama dengan yang diberikan di FKRTL; c) adanya tindakan-tindakan yang tidak “*cost effective*” termasuk misalnya SC pada persalinan yang sebetulnya normal, dll; dan d) untuk peserta non-PBI diberikan opsi rawat inap terdiri dari kelas-1, 2 dan 3. Umumnya peserta non-PBI memilih menggunakan kelas-2 dan kelas-1 sedangkan preminya rendah.

5.5 Pembiayaan Puskesmas

Ada sekitar 9.776 puskesmas dengan berbagai macam kategori (dengan atau tanpa perawatan, dengan atau tanpa PONEB, terpencil dan perkotaan, dll). Sekitar 2.779 puskesmas yang berada di DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan). Sumber utama pembiayaan puskesmas ada 5, yaitu:

1. APBD (untuk gaji dan belanja barang)
2. DAK untuk infrastruktur
3. DAK-nonfisik untuk (a) kegiatan operasional UKM (dana BOK), (b) akreditasi dan (c) rujukan Jampersal

4. Kapitasi untuk fungsinya sebagai FKTP BPJS dengan 4 indikator kinerja
5. Klaim non kapitasi dari BPJS untuk pelayanan tertentu.

Dana BOK dimulai pada tahun 2010 sebagai respons terhadap hasil DHA di puluhan kabupaten yang menunjukkan betapa kecilnya anggaran untuk UKM di tingkat kabupaten/kota. Sampai 2015, BOK disalurkan melalui mekanisme TP (Tugas Perbantuan) dan langsung di bawah kendali pusat (Kemenkes). Sejak 2016 dana tersebut disalurkan melalui DAK-nonfisik, sehingga menjadi bagian dari APBD.

Assesment tentang DAK-nonfisik (BOK) di 6 kabupaten menunjukkan bahwa dana BOK sangat besar manfaatnya untuk menunjang kegiatan puskesmas di luar gedung (UKM). Dana BOK menjadi tumpuan utama bagi puskesmas dan Dinkes untuk mencapai target program-program prioritas yang ada dalam RPJMN, MDGs dan SDGs seperti KIA, KB, Gizi, TB, Malaria, HIV, Kesling, Promosi

kesehatan, dan lain-lain. Beberapa kendala yang dihadapi daerah (puskesmas) adalah sebagai berikut:

1. Juknis dari pusat terlambat
2. Penyusunan laporan (SPJ) DAK-nonfisik menjadi beban kerja berat bagi puskesmas sehingga banyak menyita waktu tenaga medis. Keterlambatan penyerahan laporan berakibat terlambatnya penerimaan dana BOK bulan berikutnya
3. Terjadi keterlambatan realisasi DAK-nonfisik sehingga Dinkes/ Puskemas terpaksa “menalangi” terlebih dahulu biaya untuk ke lapangan. Ini berakibat buruk terhadap kinerja UKM di puskesmas
4. Dalam DAK-nonfisik tidak ada semacam “jasa pelayanan” seperti halnya dengan kapitasi (60% jaspel). Staf puskesmas mempertanyakan apakah memang kegiatan mengobati (UKP) lebih dihargai dan terhormat dibandingkan dengan kegiatan promosi dan pencegahan (UKM).

Sumber dana kedua yang cukup besar adalah kapitasi dari BPJS, yang 60% untuk jasa pelayanan dan 40% untuk biaya operasional puskesmas.

Assessment di banyak puskesmas menemukan hal-hal sebagai berikut:

1. Ada ketidakadilan tentang besarnya kapitasi antara puskesmas di daerah terpencil (penduduk sedikit) dibandingkan dengan puskesmas di daerah tidak terpencil (penduduk banyak). Akibatnya jaspel bagi puskesmas terpencil lebih sedikit dibanding puskesmas ramai.
2. Dengan penerapan kapitasi berbasis komitmen kinerja, maka staf puskesmas lebih memprioritaskan kegiatan pengobatan bagi peserta JKN/BPJS ketimbang kegiatan UKM (luar gedung) yang notabene tidak menjanjikan jasa pelayanan.
3. Penyerapan dana kapitasi yang 40% tidak mudah karena kalau terjadi akumulasi (jumlah besar).

5.6 Pembiayaan JKN

Sejak tahun pertama pelaksanaannya, JKN terus mengalami defisit dalam jumlah besar. Secara sederhana, defisit terjadi kalau *cash inflow* lebih kecil dari pada *cash outflow*. Dari sisi *cash inflow* ada beberapa masalah dalam pelaksanaan JKN, yaitu:

1. Mayoritas peserta JKN/BPJS pada awalnya adalah PBI, dengan besaran premi yang diperkirakan lebih kecil dari pada perhitungan actual.
2. Belum semua penduduk mampu menjadi peserta, termasuk karyawan beberapa BUMN.
3. Beberapa instansi terlambat menyetor premi pegawainya
4. Banyak peserta mandiri yang tidak membayar premi.

Dari sisi *cash outflow*, beberapa hal dapat dicatat:

1. Sistem rujukan dari FKTP belum efektif (peserta langsung ke FKTL)
2. Tingginya utilisasi pelayanan katastropik (HD, jantung, stroke, dan lain-lain)
3. Paket benefit yang memasukkan pelayanan RI di atas yang ditetapkan dalam UU (kelas II, I dan VIP); padahal UU menetapkan kelas RI kelas III standar

Beberapa gagasan tentang cara-cara untuk menjamin keberlanjutan (sustainability JKN), yaitu:

1. Kepesertaan: "*enforcement*" agar semua pekerja penerima upah menjadi peserta, khususnya

- karyawan beberapa BUMN yang belum menjadi peserta.
2. Lakukan “langkah cerdas” untuk mengumpulkan premi dari peserta mandiri yang tidak bayar premi secara teratur sesuai peraturan.
 3. Naikkan premi sesuai dengan nilai perhitungan actuarial
 4. Gunakan cukai rokok (“*earmark*”) untuk menutup defisit tersebut
 5. Tetapkan tarif yang lebih realistis/rasional melalui proses penyusunan “*clinical pathway, costing and pricing*” untuk pelayanan RS (tarif INA CBGs)
 6. Tetapkan satu kelas saja untuk RI (Kelas III).

5.7 Rekomendasi Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah mencukupi kebutuhan biaya untuk UKM, UKP dan penguatan sistem kesehatan (PSK), dan dimanfaatkan secara efektif, efisien, berkelanjutan dan akuntabel untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan secara merata dan berkeadilan (Undang-undang nomor 36 tahun 2009, Peraturan Presiden No.72 tahun 2012 dan Undang- Undang nomor 40

tahun 2004). Ada 4 rekomendasi kebijakan pembiayaan kesehatan, yaitu: (1) meningkatkan kemampuan fiskal pemerintah untuk membiayai kesehatan; (2) mobilisasi sumber-sumber pembiayaan lain; (3) meningkatkan pembiayaan untuk UKM; dan (4) meningkatkan sustainabilitas pembiayaan JKN/BPPJS.

1. Meningkatkan kemampuan fiskal pemerintah untuk kesehatan

Sejak tahun 2016, pemerintah mengalokasikan 5% APBN (setelah dikurangi belanja pegawai); yang nilainya adalah Rp 105.000.000.000.000,00. Angka 5% tersebut adalah alokasi minimal yang ditetapkan dalam Undang-Undang No.36 tahun 2009. Artinya alokasi tersebut bisa lebih dari 5%. Kalau pemerintah menaikkan angka 5% tersebut tentu ada dampaknya terhadap alokasi sektor lain.

Apabila alokasi anggaran kesehatan pemerintah dinaikkan - misalnya diatas $5\% \times (\text{APBN-BP})$ dan diatas $10\% \times (\text{APBD-BP})$ akan terjadi “*displacement*”, yaitu dampaknya

terhadap alokasi untuk sektor lain. Ini akan terjadi kalau kemampuan fiskal pemerintah tetap. Pada tahun 2017, nilai total APBN adalah Rp 1.750.300.000.000,00. Dari jumlah tersebut, Rp 1.359.000.000.000,00 (75,6%) berasal dari pajak. Dari jumlah pajak tersebut, Rp 149.900.000.000.000,00 (11,2%) berasal dari cukai rokok. Di beberapa negara, pajak rokok "*earmarked*" untuk kesehatan dengan alasan bahwa konsumsi rokok menyebabkan gangguan kesehatan (berbiaya mahal). *Earmarked* sendiri merupakan kebijakan pemerintah dalam menggunakan anggaran yang sumber penerimaan maupun program pengeluarannya akan secara spesifik ditentukan peruntukannya. Jika hal tersebut dilakukan akan berpengaruh negatif terhadap alokasi untuk sektor lain. Untuk mencegah "*displacement effect*" tersebut, kebijakan yang disarankan adalah menaikkan cukai rokok dari 37% HJE (Harga Jual Eceran) yang berlaku sejak 2009 menjadi 57% HJE.

Pertambahan penerimaan dari kenaikan cukai rokok tersebut “*earmarked*” untuk kesehatan. Cara ini tidak mengganggu alokasi untuk sektor lain, penerimaan pemerintah dari pajak naik sebesar sekitar Rp 5,100.000.000.000,00 dan jumlah perokok akan turun sebanyak 6,9 juta orang (studi CHEPS 2015). Manfaat ganda bagi sektor kesehatan adalah: (i) penambahan penerimaan cukai rokok sebesar Rp 5.100.000.000.000,00 tersebut bisa di “*earmarked*” untuk kesehatan; dan (ii) pengurangan jumlah perokok sebanyak hampir 7 juta akan berdampak positif untuk mencegah berbagai penyakit. Kebijakan “*earmarked tax*” seperti cukai rokok juga dapat diberlakukan untuk produk makanan berpemanis (*sugary foods*) seperti telah dilakukan di banyak negara seperti India, UAE, Mexico, Portugal, Saudi Arabia, dan lainnya. Pajak dari produk inipun disarankan untuk di “*earmarked*” untuk intervensi promotif-preventif penyakit degeneratif khususnya DM dan hipertensi.

2. Mobilisasi Sumber-sumber Non-Pemerintah untuk Kesehatan

Secara teoritis dan sesuai dengan kebijakan (regulasi) tentang pembiayaan kesehatan, tugas pemerintah adalah: (1) membiayai UKM (karena bersifat “public goods”); (2) membiayai kesehatan bagi penduduk miskin (subsidi premi JKN); (3) membiayai tata kelola (penyusunan kebijakan, regulasi, dan NSPK); serta (4) pengadaan fasilitas kesehatan di wilayah yang tidak diminati swasta. Artinya, pemerintah tidak perlu membiayai pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh (klinik, RS, laboratorium).

Untuk membiayai hal-hal lain, perlu alternatif sumber pembiayaan lain, seperti diuraikan berikut ini.

a. Pembiayaan swasta untuk pembangunan fasilitas kesehatan

Membuka peluang yang luas bagi swasta untuk melakukan investasi fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, RS dan laboratorium

medis. Pemerintah membuat pemetaan dimana klinik dan RS tersebut dibutuhkan. Swasta diberi kemudahan administrasi dan insentif lain untuk membangun RS dan klinik tersebut. Di beberapa daerah, pihak swasta membangun fasilitas kesehatan di atas lahan yang disediakan oleh pemerintah daerah setempat.

b. Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU)

Pemerintah (pusat dan daerah) bisa bekerja sama dengan Badan Usaha membangun RS yang disebut KPBU (Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha). Ini akan meringankan beban pemerintah membiayai investasi pelayanan kuratif (RS) sehingga bisa lebih fokus untuk membiayai program-program UKM.

c. Penerapan “*cost sharing*” (urun biaya) sesuai kemampuan membayar rumah tangga Salah satu indikator pencapaian jaminan kesehatan yang disebutkan oleh badan-badan dunia (WHO, dll) adalah tidak adanya “*cost sharing*”

pada saat berobat (*“no out-of-pocket payment at the service point”*). Pembayaran kepada PPK semuanya harus ditanggung *“payer”*, di Indonesia adalah JKN/BPJS. Dikhawatirkan *“cost sharing”* bisa disalahgunakan oleh PPK dan menghambat peserta untuk berobat secara dini apabila sedang tidak punya dana yang *“liquid”* untuk berobat. Namun, sejauh ini belum ada studi mendalam untuk menelaah kemampuan membayar atau *“Ability to Pay”* (ATP) rumah tangga untuk membayar pelayanan kesehatan. Menghilangkan urun biaya memang membantu peserta tetapi kurang tepat dari prinsip *“memandirikan masyarakat dan bertanggung jawab”* dalam memelihara kesehatan, sejauh urun biaya tersebut ada dalam skala kemampuan membayar.

3. Pembiayaan UKM

Hampir semua indikator kesehatan masyarakat memerlukan intervensi UKM, termasuk SPM, target-target SDGs, program

kesehatan prioritas lain seperti KB, filaria, diare, DBD, masalah gizi, dan lainnya. Indikator kesehatan masyarakat tersebut walaupun mengalami perbaikan, tetapi tidak signifikan. Kurang berhasilnya UKM bisa menyebabkan biaya pengobatan (UKP) bertambah besar. Oleh sebab itu mencukupi biaya untuk UKM adalah isu strategis dan sangat mendesak.

4. Meningkatkan sustainabilitas pembiayaan JKN/BPJS

Defisit keuangan JKN/BPJS sejak tahun pertama (2014) terus meningkat dari tahun-ketahun dalam jumlah besar akan mengancam “*financial sustainability*” JKN/BPJS. Defisit terjadi karena “cash inflow” lebih kecil dari pada “*cash outflow*”.

5.8 Tindak Kecurangan (*Fraud*) Merugikan Program JKN (Negara)

Mengacu pada Permenkes No.36 tahun 2015 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, ada sejumlah pihak yang berpotensi melakukan *fraud* dalam program JKN yakni peserta,

fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), petugas BPJS Kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan.

Tindak kecurangan yang berpotensi dilakukan oleh peserta seperti membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal elegibilitas (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan ; memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesasy services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan ; memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/ditanggung; memanipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar ;melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu; memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali.

Kecurangan yang bisa dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan yakni melakukan kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan Klaim yang palsu; memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijain agar dapat

dijamin; menahan pembayaran ke fasilitas kesehatan/rekanan dengan tujuan memperoleh keuntungan pribadi ; membayarkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan.

FKTP berpotensi melakukan kecurangan diantaranya memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memanipulasi Klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi ;menerima komisi atas tujukan ke FKRTL; menarik biaya dari pesertanya yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan/atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan ; melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu. Kemudian, melakukan tindakan yang tidak perlu ; penyimpangan terhadap standar pelayanan, melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu; menambah panjang waktu penggunaan ventilator ; tidak melakukan visitasi yang seharusnya; tidak melakukan prosedur yang seharusnya, admisi yang berulang; melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan

tertentu ;meminta cost sharing tidak dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Potensi *fraud* oleh penyedia obat dan alat kesehatan relatif sedikit yaitu tidak memenuhi kebutuhan dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan melakukan kerjasama dengan pihak lain, mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam *e-catalog* dengan harga tidak sesuai dengan *e-catalog*.

DAFTAR PUSTAKA

1. A.A. Gde Manunjaya, (1999). Manajemen Kesehatan, EGC. Jakarta.
2. Adita dkk. (2015). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT.Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. Jember
3. Ahmad F. (2019). Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Titi Papan Kecamatan Medan Deli
4. Alawi, M., Junadi, P., & Latifah, S. N. (2017). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1).
5. Ali FA. (2014). Analisis Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kulumatu Ternate tahun 2014 Rawat jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional.

6. Amir A, Noerjoedianto D, Herwansyah H. (2019). Studi Kualitatif Tentang Peran Kepala Puskesmas di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesmas Jambi*.
7. Anonim. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional;
8. Arifin S, Fauzie R, Anggun W, Vina YA. (2016). *Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*. Pustaka Banua. Banjarmasin.
9. Azrul Azwar. (1988), *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi kedua, PPT Bina Rupa Aksara. Jakarta
10. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). (2014). *Kesehatan Media Internal Resmi BPJS Kesehatan. Edisi VIII Tahun 2014*. Jakarta.
11. Buchbinder, Sharon B. (2014). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. EGC. Jakarta
12. Departemen Kesehatan RI. (2019). *Acuan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.

13. Departemen Kesehatan RI. (2019). Standart Rujukan Dasar Puskesmas. Jakarta.
14. Departemen Kesehatan RI. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Depkes RI. Jakarta
15. Dewi AAR. (2014). Analisis Pelaksanaan Pelayanan Promotif Preventif dalam era JKN di Puskesmas Belawan tahun 2014. Medan: Universitas Sumatera Utara.
16. Djadjang D , Helnafiawati P , Rahardjo D D T. (2019). Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Anna Medika. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*.
17. Dubois & Miley. (2005). Pelayanan Kesehatan Edisi terjemahan. EGC. Jakarta
18. Duma, K. Pembiayaan Kesehatan dan Efektifitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kalimantan Timur. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 5(2), 60-66.
19. Elisabeth, Siwi W, Endang P. (2015). Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan. Pustaka Baru Press. Yogyakarta

20. Gani, A. (2019). *Pembiayaan Kesehatan dan JKN*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Jakarta.
21. Harun H, Wijayantono. (2019). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Pasaman 2019. *Jurnal Human Care*.;4(3):138-148.
22. Hasnih, Gunawan, Hasmin. (2016). Pengaruh Lima Dimensi Kualitas Pelayanan Publik Terhadap Tingkat Kepuasan Masyarakat di Kelurahan Ompo Kecamatan Lalabata Kabupaten Soppeng. *Jurnal Mirai Management*.;1(2):426-445.
23. Hosizah., Maulina, C.F. (2018). *Koding Klinis dan Reimbursement*. Universitas Esa Unggul. Jakarta
24. Idris H. (2017). Dimensi Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*.;8(1):1-9.
25. Iman At, Dewi L. (2017). *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan I: Quality Assurance*. Jakarta: Pusat Pendidikan SDM Kesehatan. Jakarta.
26. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2015). *Pedoman Pendampingan*

- Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
27. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014).
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis
Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
28. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
Hipertensi Penyakit Paling Banyak Diidap
Masyarakat. Dipublikasi pada: Jum'at 17 Mei 2019.
<https://www.kemkes.go.id/article/view/19051700002/hipertensi-penyakit-paling-banyak-diidap-masyarakat.html>.
29. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013).
Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013. Jakarta:
Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
30. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018).
Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018. Jakarta:
Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
31. Matondang MR, Abdul M, Indira C. (2019). Faktor-
Faktor Yang Berhubungan Dengan Mutu Pelayanan
Kesehatan Di Puskesmas Karadenan Kecamatan

- Cibinong Kabupaten Bogor Tahun 2018. PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. 2(4):276-284.
32. Marta S, Happy S. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan Pasien Peserta BPJS Di Puskesmas Glugur Kota Medan. Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda. 2(2):316-326.
33. Meesala A, Paul J. (2018). Service Quality Consumer Satisfatction and Loyalty in Hospitals: Thinking For The Future. Journal Of Retailing and Consumer Services. 40:261–269.
34. Michael, M. (2018). Reviving the Functionality of the Referral System in Uganda. Retrieved March 9, 2019, from <https://www.udn.or.ug/udn-media/news/147-reviving-the-functionality-of-the-referral-system-in-uganda.html>.
35. Misnaniarti, Putri KD. (2018). Aspek Penting Akreditasi Puskesmas dalam Mendukung Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2(1):10-16.

36. Muninjaya, A. (2004). Manajemen Kesehatan Edisi 2. Jakarta : EGC. Hal 44-49, 129-164 Herlambang, S., Murwani, A. 2012. Cara Mudah Memahami Manajemen Kesehatan dan Rumah sakit. Gosyen publishing: Yogyakarta.
37. Naima, Sudirman, Anzar. (2018). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sienjo Kecamatan Toribulu Kabupaten Parigi Moutong.Palu: FKM Universitas Muhammadiyah Palu.
38. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
39. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.2019. Pelayanan Kesehatan Puskesmas. Jakarta.
40. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit.Jakarta.
41. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

42. Peraturan Presiden Republik Indonesia.2020. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta.
43. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
44. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
45. Putri Atia. (2015). Analisis Sistem Pelaksanaan Pelayanan Promotif Preventif dalam Era JKN di Puskesmas Bungus Padang. Padang: Universitas Andalas.
46. Setyawan, F. E. B. (2018). Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(4).
47. Toliaso CS, Chreisy KFM, Febi KK. (2017). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnak Kesmas*. 7(4):1-10.
48. Sanah N. (2017). Pelaksanaan Fungsi Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Long

- Kali Kabupaten Paser. Ejournal Ilmu Pemerintahan. 5 (1): 305-314.
49. Sriyanti C. (2016). Mutu Layanan Kebidanan Dan Kebijakan Kesehatan. Pusat Pendidikan SDM Kesehatan. Jakarta
 50. Ulumiyah NH. (2018). Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas.JAKI. 6(2):149-155.
 51. WHO. (2018). Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization
 52. Zuhadi LT, Siti Nur Zaenab. (2012). Problem dan Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah dalam Mendukung Sistem Rujukan Maternal Di Kabupaten Karimun Propinsi Kepulauan Riau.

BIOGRAFI PENULIS



Syamsul Arifin. Lahir di Daha Utara 18 Februari 1975. Tahun 1993 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung

Mangkurat dan mendapatkan gelar dokter tahun 2000. Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana manajemen Pendidikan Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar magister pendidikan tahun 2008. Pada tahun 2011 oleh Konsil Kedokteran Indonesia mendapatkan sertifikasi sebagai Dokter Layanan Primer (DLP). Pada tahun 2018 mendapatkan gelar Doktor Ilmu Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.



Trilianty Lestarisa, Dosen Fakultas Kedokteran dan di tempatkan di departemen IKM. Lahir di Palangka Raya, 15 April 1985. Pada tahun 2003 menempuh pendidikan S-1 Biologi Lingkungan di Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta dan di lanjutkan dengan pendidikan S-2 Kesehatan Lingkungan pada tahun 2008 di Universitas Diponegoro Semarang. Pada tahun 2017 menempuh pendidikan S-3 di Program Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya.



Ravenalla Abdurrahman Al Hakim Sampurna Putra S merupakan dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya (FK UPR). Dilahirkan di Banjarmasin, Kalimantan Selatan 15 September 1990. Mengenyam Pendidikan di SD Muhammadiyah 8/10

Banjarmasin, SMPN 2 Banjarmasin dan SMAN 1 Banjarmasin. Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) diperoleh pada tahun 2012 di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (FK ULM). Tahun 2015 mendapatkan gelar Master of Public Health (M.P.H) di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (FK UGM)



Astri widiarti, Merupakan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya dan di tempatkan di departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat. Lahir di Palangka Raya, 22 Februari 1986. Pada tahun 2003 menempuh pendidikan jurusan S-1 farmasi dan di lanjutkan dengan Profesi Apoteker pada tahun 2008 di Univ Katholik Widya Mandala Surabaya. Pada tahun 2018 menempuh pendidikan S-2 di Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat di Univ. Lambung Mangkurat, Banjarmasin.



Dian Mutiasari, merupakan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya. Lahir di Palangka Raya 25 Oktober 1985, dari pasangan Muslikh Ahmad dan Norma Hikmah. Menikah tahun 2012

dengan Jimmy Anwar. Mengenyam pendidikan di TK Perwanida I dan II Palangka Raya, SDN Langkai 12 Palangka Raya, SMPN 3 Palangka Raya, SMUN1 Palangka Raya. Tahun 2003 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan Pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Lambung Mangkurat.



Tri Widodo, Penulis lahir di Kudus, 10 Juli 1975, merupakan anak ke tiga dari lima bersaudara. Menyelesaikan S1 Kesehatan Masyarakat di UNDP Semarang tahun 2003 dan menyelesaikan S2 Kesehatan Masyarakat di UGM Yogyakarta pada tahun 2010. Saat ini penulis baru menempuh S3 Kesehatan Masyarakat di UNAIR Surabaya.



Helena Jelita Lahir di desa Karot Ruteng Manggarai Raya pulau Flores Propinsi Nusa Tenggara Timur, 16 Juli 1979. Merupakan anak ke 4 dari 5 bersuadara dari Bapak Longginus Jakung (Alm) dan Ibu Maria Avia (Alm). Tahun 2006 mendapat gelar dokter gigi (drg) dari FKG Prof. Dr. Moestopo (Beragama) Jakarta. Tahun 2009

mendapat gelar Magister Manajemen (MM) dari FKG Prof. Dr. Moestopo (Beragama) Jakarta. Tahun 2013 mendapat gelar Magister Dental Of Science (MDSc) dari Universitas Gadjah Mada dan Gelar Spesialis Periodonsia pada tahun 2014. Pengalaman Pekerjaan sebagai Dokter gigi pegawai tidak tetap (PTT) tahun 2006 sampai 2007 di kecamatan Tumbang Miri dan lanjut tahun 2007 sampai 2008 di Desa Tewang Pajangan Kuala Kurun Kabupaten Gunung Mas. Kemudian tahun 2008 diterima sebagai CPNS di Universitas Palangka Raya. Tahun 2010 sampai sekarang berkerja sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya (FK UPR). Mengampu Modul Ilmu Kedokteran Komunitas baik pre klinik maupun Klinik.