



EKONOMI KESEHATAN

Resty Amalia Putri, SKM., M.Kes.
Andi Khairul Musyawir, SKM., MARS.
Andi Nur Hildayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.
apt. Elvina Triana Putri, S.Farm., M.Farm.
Mega Astriana, S.K.M., M.Kes.
Zakiah Saidah Fitri, S.E., M.M.
A. Karlina Askarini Makkasau, SKM., M.K.M.
Andi Nahdaniar Jemma, SKM., M.Adm., Kes.
Hadriyanti, SKM., M.Kes.
Hariani, SKM., M.Kes.



EKONOMI KESEHATAN

Penulis:

Resty Amalia Putri, SKM., M.Kes.
Andi Khairul Musyawir, SKM., MARS.
Andi Nur Hildayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.
apt. Elvina Triana Putri, S.Farm., M.Farm
Mega Astriana, S.K.M., M.Kes.
Zakiah Saidah Fitri, S.E., M.M.
A. Karlina Askarini Makkasau, SKM., M.K.M.
Andi Nahdaniar Jemma, SKM., M.Adm., Kes.
Hadriyanti, SKM., M.Kes.
Hariani, SKM., M.Kes.

Editor:

dr. Tri Lestari. M.Si, M.Med.Sc., Sp.PK.



Yayasan
Tri edukasi Ilmiah

YAYASAN TRI EDUKASI ILMIAH

edukasi.ilmiah03@gmail.com

EKONOMI KESEHATAN

Penulis:

Resty Amalia Putri, SKM., M.Kes.
Andi Khairul Musyawir, SKM., MARS.
Andi Nur Hildayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.
apt. Elvina Triana Putri, S.Farm., M.Farm
Mega Astriana, S.K.M., M.Kes.
Zakiah Saidah Fitri, S.E., M.M.
A. Karlina Askarini Makkasau, SKM., M.K.M.
Andi Nahdaniar Jemma, SKM., M.Adm., Kes.
Hadriyanti, SKM., M.Kes.
Hariani, SKM., M.Kes.

Editor:

dr. Tri Lestari. M.Si, M.Med.Sc., Sp.PK.

ISBN: 978-634-7178-01-5

Design Cover:

Sri Nursanti, S.Pd., M.Pd.

Layout:

Heru Abdijaya, S.H., M.H.

All right reserved Cetakan Pertama: Februari 2025

Agam, Sumatera Barat

Diterbitkan oleh: **Yayasan Tri Edukasi Ilmiah**

Redaksi:

Komplek Delta Emporio No.227, Jalan Raya Pakan Kamis, Gadut, Tilatang
Kamang, Kab. Agam, Sumatera Barat

Anggota IKAPI No. 49/SBA/2024

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang memperbanyak
karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin penerbit.

Cetakan Pertama: Februari 2025

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas terselesainya buku *Ekonomi Kesehatan* ini. Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai penerapan prinsip-prinsip ekonomi dalam sektor kesehatan. Seiring dengan semakin kompleksnya tantangan dalam penyediaan layanan kesehatan, pemahaman mengenai konsep ekonomi, sistem pembiayaan, serta manajemen sumber daya menjadi semakin penting. Oleh karena itu, buku ini diharapkan dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi akademisi, praktisi kesehatan, serta para pengambil kebijakan dalam mengembangkan sistem kesehatan yang lebih efisien dan berkelanjutan.

Buku ini mencakup berbagai topik penting, mulai dari konsep dasar ekonomi kesehatan, analisis permintaan dan penawaran jasa kesehatan, hingga evaluasi sistem pembiayaan dan kebijakan pemerintah dalam sektor ini. Selain itu, pembahasan mengenai perilaku konsumen dalam pengambilan keputusan kesehatan, peran asuransi kesehatan, serta dampak globalisasi terhadap sistem ekonomi kesehatan turut disertakan untuk memberikan wawasan yang lebih komprehensif. Di akhir buku, kami juga menyoroti tantangan serta peluang dalam pengembangan ekonomi kesehatan di masa depan, khususnya dalam menghadapi era *Society 5.0*.

Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan edisi berikutnya. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian buku ini, baik secara langsung

maupun tidak langsung. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang luas bagi pembaca dan turut berkontribusi dalam pengembangan ilmu ekonomi kesehatan di Indonesia.

SINOPSIS

Buku *Ekonomi Kesehatan* ini membahas secara komprehensif hubungan antara prinsip-prinsip ekonomi dan sektor kesehatan, dengan tujuan memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana sumber daya kesehatan dikelola secara efisien. Dimulai dengan pengenalan konsep dasar ekonomi kesehatan, buku ini mengupas aspek permintaan dan penawaran jasa layanan kesehatan, sistem pembiayaan, serta analisis biaya dan manfaat dalam sektor kesehatan. Selain itu, pembahasan mengenai pengelolaan sumber daya kesehatan, termasuk tenaga medis, fasilitas, dan teknologi, menjadi fokus utama dalam memahami bagaimana berbagai elemen ekonomi berkontribusi terhadap efektivitas pelayanan kesehatan.

Buku ini menyoroti peran ekonomi pasar dan intervensi pemerintah dalam sektor kesehatan, termasuk kebijakan dan regulasi yang bertujuan untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan. Analisis perilaku konsumen dalam pengambilan keputusan kesehatan, konsep dan implementasi asuransi kesehatan, serta dampak globalisasi terhadap sistem ekonomi kesehatan juga dibahas untuk memberikan wawasan yang lebih luas. Sebagai penutup, buku ini mengevaluasi tantangan serta peluang di masa depan dalam menghadapi perubahan ekonomi dan teknologi, khususnya di era *Society 5.0*. Dengan pendekatan yang sistematis dan berbasis data, buku ini menjadi referensi yang relevan bagi akademisi, praktisi kesehatan, serta pembuat kebijakan dalam mengelola sektor kesehatan secara lebih efektif.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
SINOPSIS.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP EKONOMI KESEHATAN	1
1.1. Pendahuluan	1
1.2. Ilmu Ekonomi.....	2
1.3. Prinsip Ekonomi.....	3
1.4. Kesehatan Menurut UU Kesehatan 1992	4
1.5. Pengertian Ekonomi Kesehatan.....	6
1.6. Konsep Ekonomi Kesehatan	7
1.7. Ciri - Ciri Ekonomi Kesehatan.....	8
1.8. Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan.....	10
PERMINTAAN DAN PENAWARAN JASA LAYANAN KESEHATAN	14
2.1. Tinjauan tentang Konsep Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Penawaran (Supplay).....	14
2.2. Tinjauan tentang Hukum Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Hukum Penawaran (Supplay).....	18
2.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Penawaran (Supplay) Pada Jasa Pelayanan Kesehatan.....	20
2.4. Perbedaan Permintaan (Demand) Pelayanan Kesehatan dengan	

Permintaan (Demand) Produk Secara Umum	23
2.5. Karakteristik Permintaan Kesehatan dan Jasa Pelayanan Kesehatan dalam Konteks Ekonomi.....	25
SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN : TEORI DAN APLIKASI	28
3.1. Definisi Dan Ruang Lingkup Pembiayaan Kesehatan	28
3.2. Macam-Macam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.....	30
3.3. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan	33
3.4. Alokasi dan Pemanfaatan Pembiayaan Kesehatan	35
3.5. Impelementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan	36
ANALISIS BIAYA, MANFAAT DAN BIAYA EFEKTIVITAS DI SEKTOR KESEHATAN	39
4.1. Konsep Analisis.....	39
4.2. Analisis Biaya Kesehatan.....	41
4.3. Analisis Manfaat Kesehatan.....	44
4.4. Biaya Efektivitas Kesehatan.....	46
PENGELOLAAN SUMBER DAYA KESEHATAN: SDM, FASILITAS, DAN TEKNOLOGI	49
5.1. SDM Kesehatan.....	51
5.2. Fasilitas Kesehatan.....	54
5.3. Teknologi Kesehatan.....	61
EKONOMI PASAR DAN PERAN PEMERINTAH DALAM SEKTOR KESEHATAN	66
6.1. Ciri-Ciri Ekonomi Pasar:.....	66
6.2. Kelebihan Ekonomi Pasar:	67
6.3. Kekurangan Ekonomi Pasar:	67
6.4. Peran Pemerintah dalam Sektor Kesehatan.....	68
6.5. Langkah Konkret yang Sudah Dilakukan Pemerintah	69

6.6. Karakteristik Pasar Kesehatan.....	71
6.7. Komponen Ekonomi Pasar Kesehatan	72
6.8. Kelebihan dan Kekurangan Ekonomi Pasar Kesehatan	73
6.9. Intervensi Pemerintah dalam Pasar Kesehatan.....	73
PERILAKU KONSUMEN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KESEHATAN.....	77
7.1. Teori Perilaku Konsumen.....	77
7.2. Proses Pengambilan Keputusan Konsumen	80
7.3. Karakteristik Pelayanan Kesehatan	83
7.4. Memahami Perilaku Konsumen dalam Pelayanan Kesehatan ...	88
ASURANSI KESEHATAN: KONSEP DAN APLIKASI.....	92
8.1. Konsep Asuransi Kesehatan.....	92
8.2. Aplikasi Asuransi Kesehatan.....	98
DAMPAK GLOBALISASI TERHADAP SISTEM EKONOMI KESEHATAN	102
9.1. Pendahuluan	102
9.2. Dampak Globalisasi Terhadap Sistem Ekonomi Kesehatan	111
EVALUASI DAN TANTANGAN EKONOMI KESEHATAN DI MASA DEPAN	123
10.1. Peluang Dan Tantangan Ekonomi Bisnis Dan Kesehatan Di Era Society 5.0	123
10.2. Evaluasi Program Kesehatan Di Masa Depan.....	127
10.3. Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan Program Kesehatan	129
10.4. Tantangan kesehatan Masa Depan	129
PROFIL PENULIS	133

PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP EKONOMI KESEHATAN

Oleh: Resty Amalia Putri SKM., M.Kes.

1.1. Pendahuluan

Masyarakat berusaha untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik agar dapat menjalankan berbagai aktivitas kehidupan dengan optimal. Upaya tersebut didukung oleh langkah-langkah untuk memahami kesehatan dalam berbagai bidang, termasuk ekonomi kesehatan, kesehatan fisik dan mental, serta dampak kesehatan terhadap lingkungan sosial. Penerapan ilmu ekonomi menjadi semakin relevan ketika individu menghadapi penurunan kondisi fisik dan tantangan dalam interaksi sosial yang disebabkan oleh masalah kesehatan.

Pembangunan sosial ekonomi harus konsisten, karena peningkatan kesehatan masyarakat tanpa upaya pengentasan kemiskinan akan memperlambat laju penurunan angka kematian di masa depan, yang terkait erat dengan sector kesehatan internasional. Aspek ekonomi seperti pendapatan menjadi syarat utama untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang bertujuan untuk

meningkatkan kesehatan masyarakat. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan antara lain ketersediaan fasilitas kesehatan, kondisi lingkungan yang memadai, dan kualitas makan yang dikonsumsi. Pengelola faktor – faktor tersebut harus dilakukan secara terarah dan terpadu dengan memperhatikan kondisi social ekonomi terkait. Faktor social ekonomi juga mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan yang tersedia seperti Pendidikan, pekerjaan, dan tingkat pendapatan.

1.2. Ilmu Ekonomi

Ilmu ekonomi adalah ilmu yang mempelajari perilaku manusia dengan tujuan memenuhi kebutuhan hidup dengan sumber daya yang terbatas. Secara etimologis, istilah “ekonomi” berasal dari kata Yunani “oikos” (rumah tangga) dan “nomos” (aturan), yang mencerminkan pengelolaan sumber daya dalam konteks domestik. Ilmu ini mencakup analisis produksi, distribusi dan konsumsi barang dan jasa serta berperan penting dalam memahami fenomena ekonomi yang terjadi di masyarakat (Santoso, 2002)

Ilmu ekonomi dapat didefinisikan sebagai disiplin ilmu yang mempelajari tentang cara individu dan kelompok membuat keputusan dalam pemanfaatan sumber daya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan mereka. Berdasarkan pendapat sejumlah ahli, definisi ilmu ekonomi mencakup:

1. Paul A. Samuelson: Ilmu ekonomi mempelajari bagaimana masyarakat memilih untuk menggunakan sumber daya produktif yang langka untuk memproduksi barang dan mendistribusikannya (Rahman, 2018)
2. Sadono Sukirno (1996): Ilmu ekonomi adalah analisis biaya dan manfaat untuk meningkatkan penggunaan sumber daya (Mokodompis et al., 2014)
3. Richard G. Lipsey: Ilmu ekonomi adalah ilmu yang mempelajari

penggunaan sumber daya yang terbatas memenuhi kebutuhan manusia yang tidak terbatas.

4. Adam Smith: Ilmu ekonomi adalah studi tentang kondisi yang mengarah pada penciptaan kekayaan di suatu negara (Alkalah, 2016)
5. Alfred Marshall: Ilmu ekonomi merupakan disiplin ilmu yang mempelajari aktivitas individu dalam kehidupan sehari-hari, serta cara manusia memperoleh dan memanfaatkan pendapatannya
6. Suherman Rosyidi: Ilmu ekonomi merupakan suatu disiplin yang memberikan pemahaman mengenai fenomena – fenomena yang terjadi dalam masyarakat, dalam upaya pemenuhan kebutuhan hidup atau pencapaian kemakmuran (Ahman, H. Eeng and Rohmana, 2019)
7. Aristoteles: Ilmu ekonomi merupakan sebuah cabang ilmu pengetahuan yang dapat dimanfaatkan dalam dua acara, melalui penggunaan barang dan melalui kemungkinan pertukaran.
8. M. Manullang: ilmu ekonomi merupakan kajian yang mendalami berbagai aspek dalam masyarakat dengan tujuan mencapai kemakmuran. Dalam konteks ini, kemakmuran diartikan sebagai kondisi di mana setiap individu dapat memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Kebutuhan tersebut mencakup berbagai barang dan jasa.
9. Samuelson (1995): Ilmu mengenai pilihan mempelajari bagaimana individu dan masyarakat memilih sumber daya produksi yang terbatas, guna memproduksi berbagai komoditas dan mendistribusikannya kepada anggota masyarakat untuk dikonsumsi (Lesmana et al., 2022).

1.3. Prinsip Ekonomi

Prinsip ekonomi adalah upaya untuk mencapai hasil tertentu dengan pengorbanan yang seminimal mungkin. Selain itu, prinsip ekonomi juga dapat dipahami sebagai tindakan yang dilakukan untuk

memenuhi kebutuhan tertentu dengan biaya serendah mungkin. Tujuan dari prinsip ekonomi adalah untuk mengoptimalkan keuntungan, meminimalkan kerugian akibat kesalahan, serta mencegah pemborosan, sambil memanfaatkan sumber daya dan modal yang tersedia secara efisien (Ichwan, 2020)

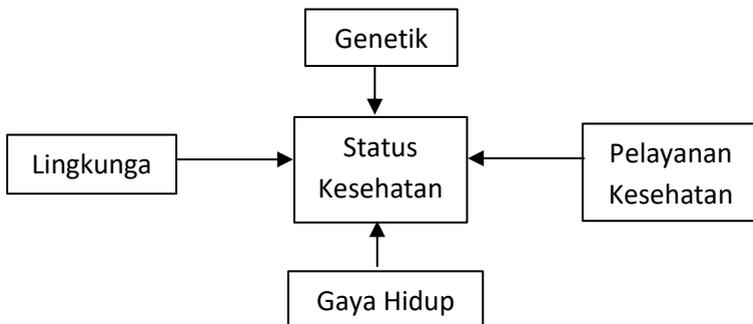
1. Prinsip produsen adalah sebuah konsep ekonomi yang digunakan untuk menentukan bahan baku, alat produksi, serta biaya produksi yang diperlukan untuk mengolah bahan baku menjadi produk jadi. Prinsip ini menekankan pentingnya menggunakan bahan baku dengan efisiensi yang maksimal, agar dapat menghasilkan produk atau barang berkualitas tinggi.
2. Prinsip penjual atau pedagang merupakan konsep ekonomi yang diterapkan untuk menjalankan berbagai usaha demi memenuhi selera konsumen. Prinsip ini berfokus pada promosi dan iklan, serta berbagai insentif seperti hadiah, dengan tujuan utama menarik lebih banyak pelanggan. Dengan demikian, diharapkan keuntungan yang diperoleh juga akan meningkat.
3. Prinsip pembeli merujuk pada konsep ekonomi yang digunakan untuk mendapatkan produk atau jasa berkualitas tinggi dengan biaya serendah mungkin.

1.4. Kesehatan Menurut UU Kesehatan 1992

Terdapat berbagai definisi mengenai kesehatan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kesehatan diartikan sebagai kondisi tubuh secara keseluruhan dan bagian – bagiannya yang bebas dari penyakit. Selain itu, berdasarkan Undang – Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental, dan social yang memungkinkan setiap individu untuk hidup produktif secara social dan ekonomis. Sejalan dengan defenisi tersebut, Organisasi Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan

sejahtera secara fisik, mental, dan social, yang tidak hanya mengacu pada tidak adanya penyakit atau kecacatan (RB. Asyim & Yulianto, 2022)

Untuk menciptakan kondisi kesehatan yang optimal, diperlukan suatu keseimbangan dalam upaya menjaga kesehatan tubuh. Berikut ini adalah gambaran konsep H.L. Blum yang menggambarkan bagaimana status kesehatan seseorang di pengaruhi oleh keempat faktor tersebut (Hayati & Pawenang, 2021).



Gambar 1 Konsep H.L Blum

Pada gambar diatas H.L Blum menjelaskan bahwa terdapat empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan determinan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan. Faktor – faktor tersebut terdiri dari:

1. Gaya hidup (lifestyle)
2. Lingkungan (sosial, ekonomi, politik, dan budaya)
3. Pelayanan kesehatan (tipe cakupan dan kualitasnya)
4. Faktor genetic (keturunan)

Keempat faktor tersebut saling berinteraksi dan berkontribusi terhadap kesehatan individu serta derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Di antara faktor – faktor tersebut, gaya hidup

manusia merupakan determinan yang paling signifikan dan paling sulit untuk diatasi, diikuti oleh faktor lingkungan. Hal ini disebabkan oleh pengaruh dominan gaya hidup yang lebih mendasari dari pada faktor lingkungan, mengingat lingkungan hidup seseorang juga sangat dipengaruhi oleh pola hidup masyarakat.

1.5. Pengertian Ekonomi Kesehatan

Ekonomi kesehatan merupakan salah satu cabang ilmu ekonomi, seperti halnya ekonomi lingkungan, ekonomi perkotaan, dan lain-lain. Ekonomi kesehatan juga dikenal sebagai ekonomi kesehatan terapan.

Ekonomi kesehatan merupakan subdisiplin ilmu yang mengaplikasikan prinsip-prinsip ekonomi dalam bidang kesehatan, bertujuan untuk memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang terbatas dan memperbaiki kesehatan individu serta masyarakat secara keseluruhan. Berdasarkan pendapat sejumlah ahli, definisi ilmu ekonomi mencakup:

1. Anne Mills dan Lucy Gilson: Ekonomi kesehatan diartikan sebagai penerapan teori, konsep, dan teknik ekonomi pada sektor kesehatan. Hal ini mencakup analisis penawaran dan permintaan sumber daya terkait layanan kesehatan dan dampaknya terhadap masyarakat (Lesmana et al., 2022).
2. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO): Menurut WHO, ekonomi kesehatan adalah penggunaan ilmu ekonomi untuk mengukur sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan mengevaluasi dampak upaya pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi terhadap produktivitas individu dan nasional (Sihombing et al., n.d.).
3. Kharman: Ekonomi kesehatan adalah berfokus pada industri layanan kesehatan dan merupakan penerapan teori ekonomi untuk meningkatkan efisiensi layanan kesehatan (Lesmana et al., 2022).

4. Alan Williams: Dalam berbagai topik penelitian di bidang ekonomi kesehatan, Williams membahas faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, permintaan layanan kesehatan, ketersediaan layanan, dan penilaian sistem kesehatan secara keseluruhan.

1.6. Konsep Ekonomi Kesehatan

Dalam konteks ekonomi kesehatan, pemahaman mengenai kebutuhan (*need*), permintaan (*demand*), dan keinginan (*want*) merupakan hal yang penting bagi pengelolaan sumber daya kesehatan yang efektif. Ketiga konsep ini saling berkaitan namun mempunyai arti yang berbeda (Setyawan, 2021)

1. Kebutuhan (*Need*) adalah jumlah barang atau jasa yang secara obyektif diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan seseorang. Biasanya, penentuan kebutuhan tersebut dilakukan oleh tenaga medis, seperti dokter, yang mengevaluasi apa yang terbaik bagi pasien berdasarkan status kesehatannya. Kualitas penilaian seorang dokter dipengaruhi oleh pelatihan, peralatan yang tersedia, dan kompetensi profesional
2. Permintaan (*Demand*) barang atau jasa yang sebenarnya dibeli atau diminta oleh pasien. Permintaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain rekomendasi medis dokter,
3. pendapatan pasien, dan harga obat atau jasa medis. Permintaan mencerminkan keinginan yang didukung oleh daya beli; Artinya, seseorang hanya akan mencari pelayanan kesehatan jika ia mampu membelinya
4. Keinginan (*Wants*) barang atau pelayanan yang diinginkan oleh pasien karena dianggap sebagai solusi terbaik bagi mereka. Keinginan ini bisa sama dengan kebutuhan atau berbeda; Misalnya, seorang pasien mungkin ingin obatnya bekerja cepat meskipun itu tidak selalu diperlukan untuk kondisi mereka. Pemahaman tentang *Wants* penting karena membantu dalam memenuhi kebutuhan

secara maksimal dengan cara memperbaiki keputusan medis dan mendekatkan pelayanan kepada harapan pasien.

Tabel 1 Perbedaan antara kebutuhan, permintaan, dan keinginan

Konsep	Definisi	Contoh
Kebutuhan	Kebutuhan kesehatan objektif ditentukan oleh profesional	kesehatan untuk mengobati kondisi medis tertentu
Permintaan	Permintaan aktual barang dan jasa kesehatan	Pasien membeli obat sesuai resep
Keinginan	Keinginan subyektif terhadap suatu barang atau jasa	Pasien menginginkan obat bekerja dengan cepat

Memahami perbedaan antara kebutuhan, permintaan, dan keinginan merupakan hal yang penting dalam ilmu ekonomi kesehatan karena:

1. Alokasi Sumber Daya: mengidentifikasi kebutuhan dapat membantu mengelokasikan sumber daya secara efektif
2. Perencanaan pelayanan kesehatan: memahami kebutuhan membantu rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan merencanakan kapasitas dan jenis layanan yang diberikan.
3. Meningkatkan Kualitas pelayanan: memahami kebutuhan pasien memungkinkan penyedia layanan kesehatan meningkatkan kualitas layanan dan memenuhi harapan pasien dengan lebih baik.

1.7. Ciri - Ciri Ekonomi Kesehatan

Dari pengertian diatas terlihat bahwa ekonomi kesehatan adalah subdisiplin ilmu yang mengaplikasikan prinsip-prinsip ekonomi dalam bidang kesehatan, bertujuan untuk memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang terbatas dan memperbaiki kesehatan

individu serta masyarakat secara keseluruhan (Nadhir, 2020)

Di bawah ini adalah beberapa karakteristik penting dari ekonomi kesehatan yang perlu dipahami:

1. Hubungan antara kesehatan dan ekonomi kesehatan menonjolkan keterkaitan yang kuat antara kondisi kesehatan masyarakat dan perkembangan ekonomi. Pertumbuhan ekonomi yang positif dapat memperbaiki kondisi kesehatan, di sisi lain, kesehatan yang baik juga memberikan kontribusi pada produktivitas dan efisiensi perekonomian
2. Analisis sumber daya ekonomi kesehatan menelaah pemanfaatan sumber daya yang terbatas dalam penyediaan layanan kesehatan. Meliputi penilaian biaya dan keuntungan dari berbagai program kesehatan, serta perencanaan dan pengelolaan layanan kesehatan (Nadhir, 2020).
3. Model produksi kesehatan yang dikembangkan oleh *Michael Grossman* menggambarkan individu sebagai produsen sekaligus konsumen kesehatan. Dalam model ini, kesehatan dipandang sebagai bentuk investasi yang memerlukan alokasi waktu dan dana (Lesmana et al., 2022)
4. Evaluasi kebijakan kesehatan ekonomi kesehatan memainkan peran penting dalam merumuskan kebijakan publik yang berkaitan dengan alokasi dana untuk program-program kesehatan masyarakat, seperti imunisasi dan pengembangan fasilitas kesehatan. Dalam pengambilan keputusan ini, analisis biaya-efektivitas sering kali menjadi faktor yang memengaruhi.
5. Perhatian terhadap kesehatan masyarakat menjadi salah satu fokus utama dalam ekonomi kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan melalui berbagai program pencegahan dan pengobatan. Upaya ini mencakup peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, sehingga dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat.

6. Faktor-faktor sosial ekonomi, seperti tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan pendapatan rumah tangga, memiliki pengaruh signifikan terhadap akses dan pemanfaatan layanan kesehatan. Dengan demikian, dalam kajian ekonomi kesehatan, penting untuk mempertimbangkan faktor-faktor sosial ekonomi yang berkontribusi terhadap status kesehatan, baik individu maupun masyarakat secara keseluruhan.
7. Regulasi dan Kebijakan Ekonomi Kesehatan meliputi berbagai aspek yang berkaitan dengan praktik tenaga medis, asuransi kesehatan, serta kebijakan pemerintah terkait penyediaan layanan kesehatan.

Dengan memahami ciri-ciri tersebut, kita dapat menjelaskan dengan lebih baik bagaimana kebijakan dan praktik di bidang kesehatan dapat dioptimalkan untuk mencapai hasil yang lebih baik bagi masyarakat secara keseluruhan.

1.8. Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan

Ekonomi kesehatan adalah subdisiplin ilmu yang mengaplikasikan prinsip-prinsip ekonomi dalam bidang kesehatan, bertujuan untuk memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang terbatas dan memperbaiki kesehatan individu serta masyarakat secara keseluruhan (Astiena, 2018).

Ruang lingkup ekonomi kesehatan sangat luas dan mencakup berbagai unsur, diantaranya adalah:

1. Produksi dan Distribusi Jasa Kesehatan.
 - a. Menganalisis proses produksi, distribusi, dan aksesibilitas layanan kesehatan oleh masyarakat.
 - b. Memahami peran berbagai pihak, termasuk pemerintah, rumah sakit, tenaga medis, dan perusahaan farmasi.
2. Permintaan Jasa Kesehatan
 - a. Mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan

masyarakat akan jasa kesehatan, seperti pendapatan, harga, dan informasi.

- b. Menganalisis perilaku konsumen dalam memilih jenis layanan kesehatan dan penyedia layanan.
3. Pembiayaan Kesehatan
 - a. Melakukan analisis terhadap berbagai sistem pembiayaan kesehatan, termasuk asuransi kesehatan, pembayaran langsung, dan pembiayaan pemerintah.
 - b. Melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan efisiensi dari berbagai model pembiayaan tersebut.
4. Evaluasi Kebijakan Kesehatan
 - a. Menilai dampak kebijakan kesehatan terhadap kesehatan masyarakat, efisiensi alokasi sumber daya, dan keadilan.
 - b. Mengaplikasikan berbagai metode analisis, termasuk analisis biaya-manfaat dan analisis dampak distribusi.
5. Etika dalam Ekonomi Kesehatan
 - a. Menganalisis dilema etika dalam pengambilan keputusan terkait alokasi sumber daya kesehatan, seperti masalah prioritas dan distribusi yang adil.
6. Kesehatan sebagai Investasi
 - a. Menganalisis bagaimana investasi dalam sektor kesehatan dapat berkontribusi terhadap peningkatan produktivitas ekonomi serta kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Ekonomi kesehatan juga berkaitan erat dengan:

 1. Alokasi sumber daya untuk berbagai upaya kesehatan.
 2. Jumlah sumber daya yang digunakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
 3. Pengorganisasian dan pembiayaan berbagai jenis pelayanan kesehatan.
 4. Efisiensi dalam pengalokasian dan penggunaan sumber daya.
 5. Dampak dari upaya pencegahan, pengobatan, dan pemulihan

kesehatan terhadap individu dan masyarakat.

Referensi

- Ahman, H. Eeng and Rohmana, Y. (2019). Ilmu Ekonomi dalam PIPS. *Jurnal Ekonomi Dan Pendidikan*, 1(1), 1–42.
- Alkalah, C. (2016). *Pengantar Ekonomi*. 19(5), 1–23.
- Astiena, A. K. (2018). Ekonomi Kesehatan. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Hayati, A. N., & Pawenang, E. T. (2021). Indonesian Journal of Public Health and Nutrition Article Info. *Ijphn*, 1(2), 164–171.
- Ichwan, M. (2020). Modul Ekonomi kesehatan dasar. *Ekonomi Kesehatan*, 0411, 1–38.
- Lesmana, J., Suciana, D., Administrasi, A., & Sakit, R. (2022). Nusadaya Journal of Multidiciplinary Studies. *Nusadaya Journal of Multidiciplinary Studies*, 1(1), 16–22.
- Mokodompis, R., Rumat, V., & Maramis, M. (2014). Pengaruh Tingkat Investasi dan Tenaga Kerja terhadap Pertumbuhan Ekonomi (Studi Pada Kota Manado Tahun 2003-2012). *Jurnal Berkala Efisiensi*, 15(01), 73–83.
- Nadhir, M. (2020). Bahan Ajar Ekonomi Kesehatan. *Current Clinical Pharmacology*, 7(4), 282–317.
- Rahman, A. (2018). Ekonomi Dan Pertumbuhan Pendidikan Serta Kualitas Hidup Manusia. *Jurnal Ilmu Administrasi: Media Pengembangan Ilmu Dan Praktek Administrasi*, 1, 101–113.
- RB. Asyim, & Yulianto. (2022). Perilaku Konsumsi Obat Tradisional dalam Upaya Menjaga Kesehatan Masyarakat Bangsawan Sumenep. *Jurnal Keperawatan*, Vol. 15(No. 2), 2.
- Santoso, B. (2002). Quo Vadis Pengajaran Ilmu Ekonomi?*. *Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Indonesia*, 17(2), 130–135.
- Setyawan, dodiet aditya. (2021). *Tahta Media Group v.penelitian*.
- Sihombing, V. A., Ratna, E., Sipahutar, A., Susanti, A., Aryani, A., &

Firnanda, F. B. (n.d.). *Hubungan Perekonomian Dengan Kesehatan Dalam Penerapan Evidence Based Practice Di Era 4 .*



PERMINTAAN DAN PENAWARAN JASA LAYANAN KESEHATAN

Oleh: Andi Khairul Musyawir, SKM., MARS.

2.1. Tinjauan tentang Konsep Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Penawaran (Supply)

2.1.1 Konsep Permintaan (Demand)

Dalam konsep permintaan, Jika seseorang meminta sesuatu, maka dia : Pertama menginginkan barang tersebut, Kedua dapat memperolehnya, dan Ketiga Telah membuat rencana yang pasti untuk membelinya.

Keinginan adalah kemauan masyarakat terhadap barang dan jasa yang tidak terbatas. Dan seberapa seirng kemauan dari masyarakat tersebut dapat di penuhi dan bagaimana jika harga barang / jasa yang di inginkan terlalu mahal. Apakah mereka akan tetap memperolehnya, dengan keadaan sumber daya yang terbatas maka tidak semua apa yang diinginkan oleh masyarakat dapat dipenuhi. Oleh sebab itu permintaan menggambarkan kepada kita sebuah keputusan tentang keinginan yang mana kan dapat dipenuhi.

Permintaan dapat diartikan sebagai kuantitas suatu barang tertentu dimana seorang konsumen ingin dan mampu membelinya pada berbagai tingkat harga, dengan asumsi faktor lain tetap (*ceteris paribus*). Hubungan permintaan tersebut hanya menunjukkan hubungan secara teoritis antara harga dan kuantitas yang dibelinya per unit waktu, *ceteris paribus*.

Menurut teori permintaan dalam ekonomi, konsumen bersedia untuk membayar suatu produk (permintaan) tergantung pada manfaat (utilitas marginal) yang mereka harapkan dari mengkonsumsi produk tersebut, harga produk, pendapatan dan kekayaan yang dapat dibuang, selera dan preferensi, harga barang substitusi dan pelengkap, nomor dan ukuran pembeli, harapan tentang masa depan, dan ketersediaan dan biaya kredit konsumen. Untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan konsumen dan harga serta jumlah barang, para ekonom mengembangkan kurva permintaan, yang menunjukkan hubungan yang tepat antara harga barang dan jumlah barang yang diminta pada setiap harga. Utilitas marginal dan harga menentukan kemiringan kurva permintaan

(apakah curam atau datar), dan faktor lainnya, dikenal sebagai determinan permintaan, mempengaruhi lokasi kurva permintaan (apakah bergeser ke kiri atau ke kanan)

Dalam teori permintaan juga diterangkan dengan hubungan antara jumlah permintaan dengan harga. Permintaan adalah banyaknya jumlah barang yang diminta pada suatu pasar tertentu dengan tingkat harga tertentu, pada tingkat pendapatan tertentu dan periode tertentu. Permintaan terhadap suatu barang dan jasa diartikan kuantitas barang dan jasa yang orang lain bersedia untuk membelinya pada tingkat harga dalam suatu periode tertentu. Di dalamnya terkandung makna konsumen memiliki keinginan untuk membeli suatu barang atau jasa dengan kata lain konsumen memiliki referensi terhadap barang dan jasa sekaligus ia juga memiliki kemampuan, uang

dan pendapatan untuk membeli dalam rangka untuk memenuhi keinginannya. Kemampuan tersebut seringkali diberi istilah daya beli. Jadi, konsep permintaan terhadap barang dan jasa hanya memperhatikan konsumen yang memiliki preferensi dan daya beli sekaligus. Oleh karena itu teori permintaan adalah hubungan antara jumlah permintaan terhadap suatu barang dengan harga barang tersebut.

Permintaan terhadap barang/ jasa adalah sejumlah barang dan jasa yang direncanakan akan dibeli pada jumlah tertentu dan pada periode waktu tertentu pada berbagai tingkat harga. Jumlah barang / jasa yang diminta tidak perlu sama dengan jumlah barang / jasa yang dibeli. Sebab kadang-kadang jumlah barang / jasa yang diminta lebih banyak dibanding dengan jumlah yang tersedia di pasar, oleh sebab itu jumlah barang / jasa yang dibeli lebih sedikit dibanding dengan jumlah barang yang diminta.

Dalam peristiwa membeli terjadi hubungan fungsional terbalik dalam arti apabila harga naik maka jumlah barang yang dibeli berkurang. Sedangkan dalam peristiwa menjual berlangsung hubungan fungsional secara langsung atau searah yang berarti setiap kenaikan harga menyebabkan jumlah barang yang dijual bertambah dan sebaliknya jika harga turun akan menyebabkan barang yang dijual berkurang.

Jumlah barang yang diminta diukur dengan jumlah per unit waktu. Sebagai contoh penggunaan Cairan saline NaCl di ruang perawatan dalam satu hari dapat menghabiskan 50 botol cairan. Maka dapat digambarkan permintaan 50 botol cairan perhari atau 350 botol cairan per minggu atau 7300 botol cairan pertahun. Tanpa menggunakan dimensi waktu, maka kita tidak dapat menjelaskan apakah jumlah yang diminta tersebut banyak atau sedikit.

2.1.2 Konsep Penawaran (Supply)

Penawaran adalah keseluruhan jumlah barang yang bersedia ditawarkan pada berbagai tingkat harga tertentu dan waktu tertentu. Penawaran dan produksi mempunyai hubungan yang sangat erat. Hal-hal yang mendorong dan menghambat kegiatan produksi berpengaruh terhadap jumlah penawaran.

Menurut teori penawaran dalam ekonomi, kesediaan penjual untuk menawarkan produk untuk dijual (penawaran) dalam persaingan pasar sempurna tergantung pada harga yang mereka harapkan dari penjualan produk tersebut, biaya, produktivitas dan ketersediaan input, teknologi yang tersedia untuk membuat produk, harapan penjual tentang masa depan, perubahan dalam profitabilitas pasar lain yang dapat disediakan oleh penjual, dan jumlah dan ukuran pemasok. Untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi pemasok dan harga serta jumlah barang, para ekonom mengembangkan kurva penawaran yang menunjukkan hubungan yang tepat antara harga suatu barang dan kuantitas barang tersebut.

Dalam konsep penawaran jika sebuah perusahaan menawarkan barang / jasa, maka perusahaan tersebut : Pertama memiliki sejumlah sumber daya dan teknologi untuk memproduksinya Kedua dapat meraih keuntungan dari memproduksi barang tersebut dan ketiga memiliki rencana yang pasti untuk memproduksi dan menjual barang.

Sebuah penawaran akan terjadi manakala memiliki sumber daya dan teknologi yang dapat digunakan untuk memproduksinya. Sumber daya dan teknologi yang dapat digunakan untuk memproduksinya. Sumber daya dan teknologi adalah kendala yang membatasi kemungkinan produksi yang dilakukan. Banyak barang yang dapat diproduksi, tetapi perlu diketahui bahwa tidak semua barang yang diproduksi menghasilkan keuntungan. Oleh karena itu penawaran merupakan gambaran sebuah keputusan tentang penggunaan teknologi yang seperti apa yang dapat digunakan untuk memproduksi barang dan jasa.

Penawaran barang / jasa adalah jumlah barang / jasa yang direncanakan di jual oleh produsen pada tingkat harga tertentu dan periode tertentu. Jumlah barang yang akan ditawarkan tidak selalu sama dengan jumlah barang yang dijual. Kadangkala jumlah barang yang ditawarkan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah barang yang diminta, sehingga jumlah barang yang dijual lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah barang yang ditawarkan.

Sama halnya dengan permintaan, jumlah penawaran diukur dengan jumlah per unit waktu, sebagai contoh dalam perusahaan jasa dalam perumahan sakitan, Rumah sakit mampu melayani pasien rawat jalan poli jantung sebanyak 200 pasien setiap harinya. Maka dapat digambarkan jasa yang ditawarkan rumah sakit khususnya pada instalasi rawat jalan poli jantung ialah 200 pasien perhari atau 1400 pasien per lima hari/minggu dan 73000 pasien per tahun. Kita tidak dapat menjelaskan apakah jasa yang ditawarkan adalah mampu melayani pasien jauh lebih banyak atau sedikit, tanpa kita menggunakan dimensi waktu. Jumlah barang yang ditawarkan (dijual) dalam berbagai kemungkinan harga yang berlaku di pasar dalam satu periode tertentu.

2.2. Tinjauan tentang Hukum Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Hukum Penawaran (Supply)

2.2.1. Hukum Permintaan

Hukum permintaan mengatakan bahwa makin rendah harga barang, semakin banyak permintaan terhadap barang tersebut dan makin tinggi harga suatu barang semakin sedikit permintaan terhadap barang tersebut atau

Jika price (P) menurun, maka Quantity (Q) meningkat dan jika P meningkat, maka Q menurun

Dalam hukum permintaan dihipotesiskan bahwa semakin rendah harga suatu komoditas (barang dan jasa) semakin banyak

jumlah komoditas tersebut yang diminta, sebaliknya semakin tinggi harga suatu komoditas semakin sedikit komoditas tersebut diminta (*ceteris paribus*) (Sugiarto,2005).

Permintaan tersebut dipengaruhi oleh pendapat medis dari dokter, dan juga faktor lain seperti pendapatan dan harga obat. Demand berbeda dengan need dan want.

Permintaan pelayanan kesehatan timbul melalui proses perubahan persoalan kesehatan menjadi persoalan kesehatan yang dirasakan, dilanjutkan dengan merasa dibutuhkannya pelayanan kesehatan dan akhirnya dinyatakan dengan permintaan aktual. Dalam upayanya mengubah kebutuhan pelayanan yang dirasakan menjadi suatu bentuk permintaan yang efektif, konsumen harus memiliki kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan.

2.2.2. Hukum Penawaran

Hukum penawaran mengatakan bahwa semakin rendah harga suatu barang, maka semakin sedikit penawaran terhadap barang tersebut. Sebaliknya makin tinggi harga suatu barang, semakin banyak penawaran terhadap barang tersebut, atau

Jika Price (P) menurun, maka Quantity (Q) menurun dan jika P meningkat, maka Q meningkat
--

Hukum penawaran menunjukkan hubungan harga dengan jumlah barang yang ditawarkan. Hukum penawaran berbunyi "jika harga barang turun, maka jumlah barang yang ditawarkan turun, dan sebaliknya, jika harga barang naik, maka jumlah barang yang ditawarkan naik." Sehingga hubungan antara harga dan jumlah barang yang ditawarkan adalah hubungan positif. Permintaan terhadap suatu barang atau jasa yang tidak disertai dengan penawaran barang dan jasa maka tidak dapat mewujudkan transaksi di pasar, permintaan akan

dipenuhi jika penjual menyediakan barang maupun jasa yang diperlukan tersebut, artinya penjual tersebut menawarkan barang dan jasa yang di perlukan oleh pihak yang membutuhkannya. Seperti halnya dalam permintaan, penawaran juga mengasumsikan suatu periode waktu tertentu, dan faktor-faktor penentu penawaran selain harga barang tersebut dianggap tidak berubah atau konstan (ceteris paribus)

2.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Permintaan (Konsep Permintaan (Demand) dan Penawaran (Supply) Pada Jasa Pelayanan Kesehatan

2.3.1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Permintaan

Terdapat beberapa factor yang mempengaruhi permintaan terhadap pelayanan kesehatan : Menurut (Sukirno, 2011), terdapat 7 faktor yang dapat mempengaruhi permintaan sebagai berikut yaitu: Pertama Harga barang atau jasa itu sendiri, Kedua Harga barang atau jasa lain yang berpengaruh kuat dengan barang atau jasa tersebut, Ketiga Pendapatan rata-rata masyarakat dan pendapatan rumah tangga, Keempat Motif distribusi pendapatan dalam masyarakat, Kelima Cita rasa Masyarakat, Keenam Jumlah penduduk, dan Ketujuh Prediksi mengenai keadaan di masa yang akan datang.

Menurut Rahmanta, (2018) ada juga faktor yang mempengaruhi permintaan sebagai berikut: Harga, makin rendahnya harga, makin tinggi permintaan, sebaliknya makin tinggi harga, maka semakin rendah permintaan. Apakah terdapat pengaruh antara harga suatu barang dengan barang lain?. Jawabannya tergantung dari hubungan barang tersebut apakah saling menggantikan (substitusi) atau saling melengkapi (komplementer). Contoh barang pengganti yaitu obat-obatan Paten - generik. Artinya jika harga tahu naik maka konsumen dapat membeli alternatif lain yaitu obat generic . Selera, sebuah variabel yang mempunyai pengaruh besar kecilnya permintaan akan

barang atau jasa. Jumlah penduduk, semakin banyak jumlah penduduk tentu makin besar pula permintaan barang atau jasa. Perubahan tingkat pendapatan sangat berpengaruh terhadap barang yang akan dikonsumsi. Maka sering dijumpai bahwa dengan pendapatan yang besar tentu disertai dengan peningkatan jumlah barang yang dikonsumsi dan bertambah juga dari segi kualitas barang yang dikonsumsi.

Menurut (palutturi, 2005) Secara umum faktor penentu permintaan adalah sebagai berikut :

- a. Harga barang itu sendiri
- b. Harga barang lain yang berkaitan erat dengan barang tersebut
- c. Pendapatan rumah tangga dan pendapatan rata-rata masyarakat
- d. Corak distribusi pendapatan dalam masyarakat
- e. Cita rasa masyarakat
- f. Jumlah penduduk
- g. Ramalan mengenai keadaan di masa yang akan datang

Dan lain faktor-faktor yang mempengaruhi demand pelayanan kesehatan dapat dibagi sebagai berikut:

- a. Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis
- b. Penilaian pribadi akan status kesehatannya

Variabel-variabel ekonomi seperti: tarif, ada tidaknya sistem asuransi, dan penghasilan

Variabel-variabel demografis dan organisasi

Di samping faktor-faktor tersebut masih ada faktor lain misalnya: pengiklanan, pengaruh jumlah dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan, dan pengaruh inflasi.

Faktor pertama dan kedua sangat erat hubungannya. Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis menekankan pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang

mendapatkan pelayanan medik. Keputusan petugas medik ini akan mempengaruhi penilaian seseorang akan status kesehatannya. Dari situasi ini maka demand pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan atau dikurangi. Faktor-faktor ini dapat diwakilkan dalam pola epidemiologi yang seharusnya diukur berdasarkan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi data epidemiologi yang ada sebagian besar menggambarkan puncak gunung es. Yaitu demand, bukan kebutuhan (needs).

2.3.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penawaran

Menurut Ayus : Secara umum faktor penentu penawaran dari suatu barang atau jasa di pengaruhi oleh berbagai faktor sebagai berikut :Pertama Harga barang itu sendiri, Kedua Harga sumber daya yang digunakan , Ketiga Teknologi, Keempat Harga-harga produksi, Kelima Ramalan di masa datang, dan Keenam Jumlah produsen.

1. Harga Sumber Daya

Harga sumber daya atau factor-faktor produksi yang digunakan dalam produksi menentukan jumlah barang yang ditawarkan. Kalau harga satu factor produksi atau beberapa factor produksi yang digunakan menurun, kurva penawaran akan bergeser ke kanan bawah (bertambah) ini berarti sebaliknya kalau harga factor produksi meningkat maka kurva penawaran akan bergeser ke kiri atas (berkurang).

2. Pajak dan Subsidi

Adanya pajak penjualan, misalnya, akan mengakibatkan tambahan pada ongkos produksi dan selanjutnya mengurangi penawaran (bukan jumlah barang yang ditawarkan). Sebaliknya kalau ada subsidi akan mengurangi ongkos produksi selanjutnya menambah penawaran.

3. Teknologi

Kurva penawaran digambarkan dengan anggapan bahwa teknologi "given". Akan tetapi dalam tenggang waktu tertentu teknologi produksi yang digunakan berubah. Kalau perubahan

teknologi ini cenderung mengurangi ongkos produksi dalam jangka pendek, maka kurva penawaran akan bergeser ke kanan bawah (bertambah). Ini berarti bahwa Teknik produksi semakin baik maka kurva penawaran bergeser ke kanan dan jumlah barang yang di tawarkan akan bertambah untuk setiap harga

4. Jumlah Perusahaan dalam Industri

Dalam jangka pendek sering dianggap bahwa jumlah perusahaan dalam industri konstan. Dalam jangka Panjang mungkin banyaknya perusahaan berubah, kalau jumlah perusahaan meningkat kurva penawaran akan bergeser ke kanan dan sebaliknya jika jumlah perusahaan berkurang kurva penawaran bergeser ke kiri

5. Harapan Harga

Pengharapan akan adanya perubahan harga relative atas suatu produk akan menyebabkan kemauan produsen untuk menambah atau mengurangi penawarannya sebagaimana pengharapan konsumen.

2.4. Perbedaan Permintaan (Demand) Pelayanan Kesehatan dengan Permintaan (Demand) Produk Secara Umum

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap sifat dan ciri khususnya sektor kesehatan. Sifat dan ciri khusus tersebut menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sector kesehatan.

Ciri khusus tersebut antara lain: **Pertama Kejadian penyakit tidak terduga** : Adalah tidak mungkin untuk memprediksi penyakit apa yang akan menimpa, kita dimasa yang akan datang oleh karena itu adalah tidak mungkin mengetahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang kita butuhkan dimasa yang akan datang. Ketidakpastian (uncertainty) ini berarti adalah seseorang akan menghadapi suatu

risiko akan sakit dan oleh karena itu ada juga risiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut,

Kedua Consumer Ignorance: Konsumer sangat tergantung kepada penyedia (provider) pelayanan kesehatan. Oleh karena pada umumnya consumer tidak tahu banyak tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang dibutuhkannya. Dalam hal ini Providerlah yang menentukan jenis dan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (need) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (demand).

Ketiga Eksternalitas: Terdapat efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Efek eksternal adalah dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Misalnya imunisasi dari penyakit menular akan memberikan manfaat kepada masyarakat banyak. Oleh karena itu imunisasi tersebut dikatakan mempunyai social marginal benefit yang jauh lebih besar dari private marginal benefit bagi individu tersebut. Oleh karena itu pemerintah harus dapat menjamin bahwa program imunisasi harus benar-benar dapat terlaksana. Pelayanan kesehatan yang tergolong pencegahan akan mempunyai eksternalitas yang besar, sehingga dapat digolongkan sebagai “komoditi masyarakat”, atau public goods. karena itu program ini sebaiknya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif akan mempunyai eksternalitas yang rendah dan disering disebut dengan private good , hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunaanya atau pihak swasta.

Keempat Non Profit Motive: Secara ideal memperoleh keuntungan yang maksimal (profit maximization) bukanlah tujuan utama dalam pelayanan kesehatan. Pendapat yang dianut adalah “Orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang.

Kelima Mixed Outputs: Yang dikonsumsi pasien adalah satu paket pelayanan, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antara individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit.

Keenam Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi: Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang sangat konsumtif, tidak memberikan return on investment secara jelas. Oleh sebab itu sering sekali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan terutama kalau titik berat pembangunan adalah pembangunan ekonomi. Akan tetapi orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi paling tidak untuk jangka panjang. Ketujuh Restriksi berkompetisi : Terdapat pembatasan praktek berkompetisi. Hal ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna seperti mekanisme pasar untuk komoditas lain. Dalam mekanisme pasar, wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan dan sebagainya). Sedangkan dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi discount atau bonus atau banting harga dalam pelayanan kesehatan. Walaupun dalam prakteknya hal itu sering juga terjadi dalam pelayanan.

2.5. Karakteristik Permintaan Kesehatan dan Jasa Pelayanan Kesehatan dalam Konteks Ekonomi

Jasa pelayanan kesehatan berbeda dengan barang dan jasa pelayanan ekonomi lainnya. Jasa pelayanan kesehatan atau jasa pelayanan medis sangat heterogen, terdiri atas banyak sekali barang dan pelayanan yang bertujuan memelihara, memperbaiki, memulihkan kesehatan fisik dan jiwa seorang. Karena sifatnya yang sangat heterogen, jasa pelayanan kesehatan sulit diukur secara kuantitatif.

Beberapa karakteristik khusus jasa pelayanan kesehatan yaitu intangibility, inseparability, inventory, dan inkonsistensi). Intangibility merupakan karakteristik jasa pelayanan kesehatan yang tidak bisa dinilai oleh panca indera. Konsumen (pasien) tidak bisa melihat, mendengar, membau, merasakan, atau mengecap jasa pelayanan kesehatan. Inseparability yaitu karakteristik dimana produksi komposisi dan kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diterima pasien dari seorang dokter dari waktu ke waktu, maupun jasa pelayanan kesehatan yang digunakan antar pasien, bervariasi.

Jadi jasa pelayanan kesehatan sulit diukur secara kuantitatif. Biasanya jasa pelayanan kesehatan diukur berdasarkan ketersediaan (jumlah dokter atau tempat tidur rumah sakit per 1,000 penduduk) atau penggunaan (jumlah konsultasi atau pembedahan per kapita) (Palutturi: 2005).

Hubungan antara keinginan kesehatan dengan permintaan akan jasa pelayanan kesehatan hanya kelihatannya saja yang sederhana, namun sebenarnya sangat kompleks. Penyebab utamanya karena persoalan kesenjangan informasi. Menterjemahkan keinginan sehat menjadi konsumsi jasa pelayanan kesehatan melibatkan berbagai informasi tentang berbagai antara lain; aspek status kesehatan saat ini, informasi status kesehatan yang lebih baik, informasi tentang macam pelayanan yang tersedia, tentang kesesuaian pelayanan tersebut, dan lain sebagainya. Hal ini disebabkan karena permintaan jasa pelayanan kesehatan mengandung masalah uncertainty (ketidakpastian), sakit sebagai ciri-ciri persoalan kesehatan merupakan suatu ketidakpastian. Keduanya, imperfect information uncertainty merupakan karakteristik umum dari permintaan kesehatan dan jasa pelayanan kesehatan.

Referensi

- Akhmad.2014. *Ekonomi Mikro (Teori dan Aplikasi di Dunia Usaha)*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Ayus Ahmad Yusuf, (2012) *Ekonomi Mikro*. Nurjati Press, Cirebon. ISBN 978-602-90744-6-8
- Dra. Ec. Lydia Goenadhi, M. D. (2017). Pengantar Ekonomi Mikro. In M. D. Dra. Ec. Lydia Goenadhi, Pengantar Ekonomi Mikro (p. 16). Banjarbaru, Kalimantan Selatan: Scripta Cendekia.
- Pallutturi, Sukri. 2005. *Ekonomi Kesehatan*. Penerbit : Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS
- Sugiarto, dkk., 2005. *Ekonomi Mikro (Sebuah Kajian Komprehensif)*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Sukirno, 2011. *Ekonomi Pembangunan (Proses, Masalah, dan Dasar Kebijakan)*. Jakarta: Kencana.

SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN : TEORI DAN APLIKASI

Oleh: Andi Nur Hidayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.

3.1. Definisi Dan Ruang Lingkup Pembiayaan Kesehatan

Menurut *World Health Organization* (WHO), pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan pengumpulan, alokasi dan mobilisasi dana untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, secara individu dan kolektif. WHO menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan mengacu pada bagaimana menggunakan sumber daya keuangan untuk memastikan bahwa sistem kesehatan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan setiap orang secara kolektif dan memadai. Dalam sistem kesehatan, tujuan pembiayaan kesehatan adalah menyediakan pendanaan dan menetapkan insentif atau pembiayaan bagi penyedia layanan, serta memastikan semua individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat secara efektif.

Biaya kesehatan merupakan sejumlah dana yang perlu disiapkan dalam menyelenggarakan dana atau memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan individu, keluarga,

kelompok, dan masyarakat. Pembiayaan kesehatan merupakan elemen penting dalam memastikan akses universal terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, perlindungan keuangan, dan keberlanjutan sistem kesehatan. Hal ini juga berkontribusi pada pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan dalam bidang kesehatan, termasuk peningkatan harapan hidup, pengurangan angka kematian ibu dan anak, serta penanggulangan penyakit menular dan tidak menular.

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung untuk memenuhi kebutuhan pembiayaan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dari beberapa pendapat mengenai pembiayaan kesehatan diatas, pengertian biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut pandang yaitu sebagai berikut :

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Merupakan sejumlah uang yang harus disiapkan dalam menyelenggarakan layanan kesehatan. Layanan kesehatan bisa dilaksanakan oleh pihak pemerintah dan swasta. Adapun dana yang disiapkan oleh penyedia layanan kesehatan berupa biaya investasi (*investment cost*) dan biaya operasional (*operasional cost*). Dana tersebut digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Biaya investasi digunakan untuk pembelian barang, peralatan medis, dan non medis, gedung, dan kendaraan. Biaya operasional digunakan sebagai biaya penyelenggaraan upaya kesehatan seperti gaji bahan habis pakai, tagihan rekening dan obat-obatan.

2. Pengguna Jasa Pelayanan

Biaya kesehatan merupakan sejumlah dana yang harus disiapkan ketika menggunakan layanan kesehatan. Besaran

dana yang digunakan oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan berasal dari kantong pribadi individu (*out of pocket*). Pengguna jasa pelayanan yang dimaksud adalah masyarakat, dimana pemerintah turut menjamin pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat meliputi aspek keterjangkauan, pemerataan dan keadilan bagi masyarakat.

Biaya kesehatan memiliki beragam jenis dan peruntukan. Hal ini disesuaikan dengan jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan. Secara umum, terdapat dua jenis biaya kesehatan yaitu : biaya pelayanan kedokteran dan biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Biaya pelayanan kedokteran adalah dana yang dikeluarkan untuk pengobatan dan pemulihan kesehatan pasien, sedangkan biaya pelayanan kesehatan masyarakat dibutuhkan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Biaya ini bertujuan mencegah penyakit, memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

3.2. Macam-Macam Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Sumber pembiayaan Kesehatan suatu negara dapat berasal dari pemerintah dan non-pemerintah yang akan digunakan secara luas untuk membiayai upaya Kesehatan. Pembiayaan Kesehatan diharapkan mampu menyediakan sumber daya dan insentif untuk pelaksanaan sistem Kesehatan. Selain itu, pembiayaan kesehatan menjadi penentu utama kinerja sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan outcome Kesehatan. Di Indonesia, pembiayaan kesehatan mencakup beberapa model yang mencerminkan kondisi geografis, sosial, dan ekonomi. Beberapa macam pembiayaan kesehatan yang ada di Indonesia, yaitu :

1. Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan)

Program ini merupakan program asuransi sosial yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

(BPJS Kesehatan). Iuran rutin dibayarkan oleh peserta, termasuk pekerja formal dan sektor informal, untuk mendapatkan jaminan akses ke pelayanan kesehatan.

2. Anggaran Pemerintah

Pemerintah Indonesia juga mengalokasikan dana dari anggaran negara untuk membiayai program-program kesehatan dan pengembangan infrastruktur kesehatan.

3. Pembiayaan Pemerintah

Masyarakat Indonesia masih mengandalkan pembiayaan pribadi, seperti membayar secara tunai atau menggunakan asuransi kesehatan swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

4. Dana Bantuan dan Donasi

Dana bantuan dan donasi dari organisasi internasional, lembaga swadaya masyarakat, atau perusahaan dapat membantu membiayai program-program kesehatan khusus yang telah ditetapkan oleh pemerintah seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan Program Pengentasan Kemiskinan Melalui Pemberdayaan dan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia (PNPM Mandiri), atau bantuan dalam situasi krisis kesehatan.

5. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Selain Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan), beberapa pemerintah daerah di Indonesia juga mengoperasikan program jaminan kesehatan daerah untuk mendukung akses dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi warga di wilayahnya yang ditujukan untuk memperluas cakupan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di tingkat lokal.

6. Dana Desa

Dalam beberapa tahun terakhir, pemerintah

Indonesia telah memberikan alokasi dana desa (dana desa) untuk mendukung pembangunan dan pelayanan masyarakat di tingkat desa. Sebagian dana desa dapat digunakan untuk membiayai inisiatif kesehatan di tingkat desa atau memfasilitasi akses warga ke pelayanan kesehatan dasar.

7. Dana Asuransi Kesehatan Mandiri (KAM)

Selain program yang diselenggarakan oleh pemerintah, ada juga upaya dari sektor swasta dalam menyediakan asuransi kesehatan mandiri. Beberapa perusahaan asuransi swasta menyediakan produk asuransi kesehatan bagi individu, keluarga, atau perusahaan yang ingin memberikan perlindungan kesehatan tambahan.

8. Dana Bantuan dan Donasi dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Dalam situasi krisis kesehatan atau keadaan darurat, sering kali ada bantuan dana dari LSM dan organisasi internasional yang ditujukan untuk mendukung program-program kesehatan, seperti penanggulangan pandemi, bantuan kemanusiaan, atau program-program kesehatan khusus.

9. Biaya Pribadi

Meskipun ada upaya untuk memberikan akses yang lebih luas melalui program-program pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta, beberapa layanan kesehatan mungkin masih memerlukan pembayaran langsung oleh individu (out of pocket). Biaya pribadi ini bisa mencakup biaya kunjungan dokter, obat-obatan, atau pelayanan kesehatan tambahan yang ditanggung oleh asuransi.

Dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia terus berusaha untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan

dengan memperkuat sistem pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan. Perkembangan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia terus mengalami perkembangan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dan keadilan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

3.3. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok, yakni :

1. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Dalam arti dapat membiayai seluruh penyelenggaraan upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

2. Penyebaran

Penyebaran dana harus sesuai dengan alokasi kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dialokasikan dengan baik, akan menyulitkan penyelenggaraan upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Alokasi dana pelayanan disesuaikan dengan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Pemanfaatan harus sejalan dengan jumlah serta penyebaran dari biaya kesehatan itu sendiri.

Upaya yang dilakukan untuk melaksanakan syarat pokok diatas, yaitu sebagai berikut :

1. Peningkatan Efektivitas

Dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Alokasi dana lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak lebih besar. Misalnya, mengutamakan upaya pencegahan daripada pengobatan suatu penyakit.

2. Peningkatan Efisiensi

Dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi, antara lain :

a. Standar Minimal Pelayanan

Tujuan dari disusunnya standar minimal pelayanan yaitu untuk menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal pelayanan yang sering dipergunakan, yaitu :

- a) Standar Minimal Sarana, seperti standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium;
- b) Standar Minimal Tindakan, seperti tata cara pengobatan dan perawatan pasien dan daftar obat-obat esensial.

Dengan adanya standar minimal pelayanan, tidak hanya pemborosan yang dapat dihindari tetapi dapat meningkatkan efisiensinya serta dapat pula menjadi pedoman dalam menilai mutu pelayanan.

b. Kerja Sama

Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi adalah memperkenalkan konsep kerja sama antarberbagai sarana pelayanan kesehatan. Ada dua bentuk kerja sama yang dapat dilakukan, yaitu :

- a) Kerja Sama Institusi, seperti sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal (cost sharing) dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama dapat menghemat dana yang tersedia serta dapat pula menghindari penggunaan peralatan yang rendah (under utilization) yang dapat meningkatkan efisiensi.
- b) Kerja Sama Sistem, seperti sistem rujukan. Dengan

adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

3.4. Alokasi dan Pemanfaatan Pembiayaan Kesehatan

Prinsip alokasi dana kesehatan, antara lain :

1. Berkelanjutan, efektif, dan efisien;

Menaikkan dan merealokasikan anggaran kesehatan, terutama saat pandemi dengan dana yang berasal dari pemerintah sebagai upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif;

2. Anggaran kesehatan diprioritaskan untuk kepentingan publik;

Alokasi anggaran untuk upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, penduduk miskin, penerima bantuan iuran, lansia, dan anak terlantar.

Pemanfaatan pembiayaan kesehatan, sebagai berikut :

Pemanfaatan dana kesehatan dengan fokus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;

1. Menyediakan dana untuk pelayanan kesehatan yang terjangkau dengan akses yang mudah dan bermutu;

Menyediakan anggaran untuk masyarakat miskin dan tidak mampu atau yang belum memiliki jaminan kesehatan dan bantuan iuran;

2. Menyediakan anggaran cadangan untuk dana kesehatan;

Jaminan kesehatan masyarakat terintegrasi antara Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dengan Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkesnas);

3. Dukungan Jaminan Kesehatan menyeluruh (Universal Health Coverage/ UHC) dari seluruh pemerintah daerah; dan

Tenaga kerja wajib mendapatkan jaminan kesehatan dari perusahaannya.

3.5. Impelementasi Sistem Pembiayaan Kesehatan

Kementerian Kesehatan telah berkomitmen untuk melakukan transformasi sistem kesehatan yang ditopang dengan 6 pilar salah satunya Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan dengan tujuan tersedia, cukup, dan berkelanjutan, alokasi yang adil serta pemanfaatan yang efektif dan efisien.

Cakupan pelayanan berupa layanan kesehatan esensial dan biaya tinggi atau pelayanan tersier. Luas cakupan mencakup sekitar 63% masyarakat melalui subsidi pemerintah dan/atau pembayaran di muka dan/atau skema pengelompokan risiko. Cakupan ini belum mencapai tingkat yang direkomendasikan WHO, yaitu lebih dari 90%. Paket layanan bersifat komprehensif, tetapi tergantung pada jenis asuransi yang dipilih oleh individu (perawatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga).

Standar anggaran minimal suatu negara yang ditetapkan oleh WHO adalah sekitar 5%-6% dari total APBN. Tujuannya adalah agar mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan dukungan pembiayaan kesehatan yang kuat. Idealnya suatu negara menganggarkan 15-20% dari APBN. Anggaran yang besar diharapkan mampu membiayai kebutuhan pelayanan kesehatan yang cukup mahal. Kesehatan menjadi investasi suatu negara untuk meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas masyarakatnya.

Sejak 2004, anggaran pemerintah untuk kesehatan telah meningkat secara signifikan. Hal ini terjadi karena kebijakan pembiayaan kesehatan pemerintah yang lebih fokus untuk mengurangi risiko keuangan dari pengeluaran perawatan kesehatan, khususnya untuk kelompok miskin. Peningkatan anggaran ini juga diamanatkan oleh UU Kesehatan, yang menetapkan bahwa alokasi

anggaran pemerintah secara nasional setidaknya harus berjumlah 5% dari total anggaran pemerintah pusat (APBN); sementara untuk anggaran daerah (APBD) alokasi untuk kesehatan minimal berjumlah 10%. Berdasarkan persyaratan hukum itu, pemerintah telah menambah alokasi anggaran untuk perawatan kesehatan secara nasional hingga 5% dari total pemerintah anggaran pada 2016. Jumlahnya diperkirakan sekitar 109 Triliun Rupiah. Sumber pendanaan kesehatan di Indonesia berasal dari APBN, APBD, dana swasta, out of pocket, hibah, dan donor dari perusahaan ataupun luar negeri. Sumber dana tersebut dialokasikan untuk membiayai program dan kegiatan di bidang kesehatan, baik bersifat fisik maupun nonfisik.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai program Pemerintah yang telah dimulai pada tahun 2014 juga masih memiliki potensi untuk dikembangkan dari berbagai aspek pelayanannya. Salah satu aspek penguatan promotif-preventif dalam sistem JKN sehingga pembiayaannya termasuk pelayanan edukasi, imunisasi, dan deteksi dini dapat dicakup dalam skema JKN. JKN yang juga masih dihadapkan pada fakta bahwa belum semua masyarakat memiliki akses yang sama ke fasilitas pelayanan kesehatan.

JKN yang berprinsip berprinsip *Universal Health Coverage* (UHC) berkembang pesat di Indonesia dan mencakup 203 juta orang. Kini Indonesia dikenal sebagai pengguna skema pembayar tunggal terbesar di dunia dan telah meningkatkan pemerataan kesehatan dan akses layanan. Kesuksesan di awal memberikan tantangan lain, seperti munculnya kelompok “missing middle”. Istilah tersebut digunakan untuk menunjukkan sejumlah kecil orang yang terdaftar di UHC dengan kuintil kekayaan Q2-Q3 dibandingkan orang di kuintil lainnya, dan rendahnya cakupan UHC pada anak sejak lahir sampai usia 4 tahun.

Pembiayaan publik sangat penting untuk membuat kemajuan menuju UHC. Komitmen kebijakan Tujuan Pembangunan

Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) PBB menekankan bahwa setiap orang harus memiliki akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan penggunaan layanan ini mampu melindungi keuangan individu. Dampak pada pengeluaran publik untuk kesehatan akan bergantung pada sejauh mana kebijakan fiskal dan prioritas kesehatan terjadi. Selama periode ini sangat penting untuk memastikan tingkat pembiayaan publik untuk mempertahankan cakupan layanan yang efektif dan perlindungan risiko keuangan terhadap UHC.

Referensi

- Azwar, A. (1996). Pengantar Administrasi Kesehatan, Sistem Kesehatan. Edisi Ketiga. PT Binarupa Aksara. Jakarta
- Jayadie, A., dkk. (2023). Pembiayaan Kesehatan. Media Sains Indonesia. Bandung
- Kementerian PPN/Bappenas. (2022). Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat.
- Mahendradhata, Y., dkk. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1 2017.
- Organization, W. H. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.
- Organization, W. H. (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. World Health Organization.
- Setiawan, E.. dkk. (2022). Pembiayaan Kesehatan Concept and Best Praticte : Seri Ekonomi Kesehatan II. PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Uli, N. (2019). Kebijakan dan Pembiayaan Kesehatan. Cetakan Pertama. PT. Inkubator Penulis Indonesia. Jakarta Pusat



ANALISIS BIAYA, MANFAAT DAN BIAYA EFEKTIVITAS DI SEKTOR KESEHATAN

Oleh: Elvina Triana Putri, S.Farm., M.Farm.

4.1. Konsep Analisis

Analisis biaya, manfaat, dan biaya efektivitas (Cost-Benefit Analysis / CBA dan Cost-Effectiveness Analysis / CEA) adalah metode yang digunakan untuk mengevaluasi kebijakan atau intervensi di sektor kesehatan. Dalam konteks ini, tujuan utama dari analisis tersebut adalah untuk membantu pengambil keputusan dalam merancang, memilih, dan mengimplementasikan program kesehatan yang optimal, terutama dalam situasi terbatasnya sumber daya. Menurut Drummond et al. (2015), analisis semacam ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas tentang biaya dan manfaat dari sebuah kebijakan atau program, yang pada akhirnya akan membantu meningkatkan efisiensi dan hasil kesehatan secara keseluruhan.

Dalam analisis biaya, tujuan utamanya adalah mengidentifikasi dan menghitung semua biaya yang terkait dengan suatu program atau intervensi. Biaya ini termasuk biaya langsung, seperti biaya untuk

pengobatan, pemeriksaan, dan rawat inap, serta biaya tidak langsung, seperti biaya akibat ketidakhadiran dari pekerjaan atau penurunan produktivitas masyarakat. Menurut Manning (2019), biaya langsung biasanya lebih mudah dihitung karena lebih mudah diukur, sementara biaya tidak langsung seringkali lebih sulit untuk dihitung dan memerlukan pendekatan yang lebih kompleks. Contoh biaya langsung bisa dilihat pada program vaksinasi yang membutuhkan biaya untuk pembelian vaksin dan distribusinya.

Selanjutnya, analisis manfaat berfokus pada hasil atau keuntungan yang diperoleh dari suatu program kesehatan. Manfaat ini bisa berupa pengurangan angka kematian, pengurangan penyakit, atau peningkatan kualitas hidup masyarakat. Menurut Weinstein dan Stason (2017), dalam mengukur manfaat, digunakan indikator seperti kualitas hidup yang disesuaikan dengan angka harapan hidup (QALY). Sebagai contoh, dalam program pencegahan penyakit jantung, manfaat yang diharapkan bisa berupa penurunan tingkat morbiditas dan mortalitas, yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Meskipun manfaat ini lebih sulit diukur dibandingkan dengan biaya, penilaian yang cermat dapat menunjukkan keberhasilan suatu intervensi.

Biaya efektivitas adalah langkah berikutnya setelah menghitung biaya dan manfaat. Biaya efektivitas digunakan untuk membandingkan efektivitas berbagai program kesehatan yang memiliki tujuan serupa. Menurut Cutler dan Richardson (2016), analisis biaya efektivitas membantu pengambil kebijakan dalam memilih opsi terbaik dengan membandingkan biaya yang dikeluarkan untuk setiap unit hasil yang dicapai. Sebagai contoh, dalam membandingkan vaksinasi flu dengan pengobatan penyakit flu, analisis biaya efektivitas dapat mengungkapkan bahwa vaksinasi lebih efektif dalam menurunkan tingkat penularan dengan biaya yang lebih rendah per kasus dibandingkan dengan pengobatan setelah penyakit menyebar.

Selain itu, penting untuk memahami bahwa analisis biaya, manfaat, dan biaya efektivitas seringkali digunakan dalam kondisi ketidakpastian dan keterbatasan sumber daya. Menurut Neumann et al. (2018), salah satu tantangan utama dalam analisis ini adalah mengatasi ketidakpastian dalam proyeksi biaya dan manfaat, yang bisa mempengaruhi hasil analisis. Oleh karena itu, penggunaan model sensitifitas sangat diperlukan untuk memperkirakan berbagai kemungkinan hasil berdasarkan asumsi yang berbeda. Misalnya, dalam merencanakan kebijakan vaksinasi, pengambil kebijakan harus mempertimbangkan berbagai faktor, seperti tingkat keberhasilan vaksin dan harga yang dapat berubah dari tahun ke tahun.

Pada akhirnya, analisis biaya, manfaat, dan biaya efektivitas di sektor kesehatan berperan penting dalam memastikan bahwa kebijakan dan intervensi yang diterapkan tidak hanya memberikan hasil yang optimal tetapi juga efisien dalam penggunaan sumber daya. Penilaian yang matang melalui metode ini membantu pemerintah dan lembaga kesehatan dalam pengalokasian anggaran yang tepat, sehingga memberikan dampak yang lebih besar bagi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Seperti yang dijelaskan oleh Drummond et al. (2015), meskipun sering ada tantangan dalam mengukur manfaat dan biaya secara akurat, metode ini tetap menjadi alat yang sangat berharga dalam pengambilan keputusan di sektor kesehatan.

4.2. Analisis Biaya Kesehatan

Analisis biaya kesehatan adalah metode yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengukur, dan mengevaluasi biaya yang terkait dengan pelayanan atau kebijakan kesehatan tertentu. Biaya ini mencakup biaya langsung, biaya tidak langsung, dan biaya sosial yang timbul sebagai akibat dari suatu intervensi atau program kesehatan. Menurut Drummond et al. (2015), biaya kesehatan dapat berupa biaya

untuk layanan medis, rawat inap, pemeriksaan diagnostik, serta biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan penyakit atau prosedur medis lainnya. Pengukuran biaya ini sangat penting untuk memastikan efisiensi penggunaan anggaran kesehatan dan untuk membantu pengambil kebijakan dalam merancang program yang bermanfaat bagi masyarakat.

Biaya langsung adalah biaya yang dapat diukur secara langsung dalam hubungan dengan layanan medis. Biaya ini termasuk biaya bahan medis, tenaga kesehatan, peralatan, dan biaya administrasi. Sebagai contoh, dalam program vaksinasi massal, biaya langsung yang harus dihitung adalah harga vaksin, biaya distribusinya, serta biaya administrasi yang diperlukan untuk mengatur dan melaksanakan program tersebut. Menurut Manning (2019), biaya langsung ini dapat dihitung berdasarkan unit harga dan jumlah sumber daya yang digunakan untuk memberikan layanan kesehatan tertentu. Oleh karena itu, pengukuran biaya langsung adalah langkah pertama yang harus dilakukan dalam analisis biaya kesehatan.

Selain biaya langsung, terdapat juga biaya tidak langsung yang berkaitan dengan dampak ekonomi dari suatu penyakit atau program kesehatan terhadap produktivitas dan waktu yang hilang. Biaya tidak langsung ini mencakup waktu yang hilang karena sakit atau perawatan, serta penurunan produktivitas masyarakat. Sebagai contoh, penyakit jantung yang menyebabkan banyak orang tidak bisa bekerja akibat rawat inap atau perawatan jangka panjang akan menghasilkan biaya tidak langsung yang cukup besar. Menurut Weinstein dan Stason (2017), biaya tidak langsung seringkali lebih sulit dihitung, tetapi tetap sangat penting untuk menggambarkan gambaran menyeluruh tentang dampak ekonomi dari suatu penyakit.

Selain itu, biaya sosial juga merupakan elemen penting dalam analisis biaya kesehatan. Biaya sosial mencakup dampak yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan kesehatan terhadap masyarakat

secara keseluruhan, termasuk biaya yang timbul dari gangguan sosial atau penurunan kualitas hidup. Misalnya, dalam kasus kebijakan untuk mengurangi penggunaan tembakau, meskipun kebijakan tersebut dapat menyebabkan pengurangan biaya perawatan kesehatan langsung, dampaknya terhadap kualitas hidup masyarakat dan produktivitas jangka panjang juga harus dipertimbangkan. Menurut Neumann et al. (2018), biaya sosial ini bisa berupa biaya yang tidak langsung tetapi memiliki dampak signifikan terhadap keberlanjutan kebijakan kesehatan.

Salah satu contoh konkret dalam analisis biaya kesehatan adalah perbandingan biaya antara pengobatan penyakit jangka panjang dengan program pencegahan. Sebagai contoh, perawatan diabetes tipe 2 memerlukan biaya yang signifikan untuk rawat inap, obat-obatan, dan pemantauan kesehatan jangka panjang. Sebaliknya, program pencegahan seperti promosi pola hidup sehat atau vaksinasi dapat mengurangi biaya perawatan jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Menurut Cutler dan Richardson (2016), analisis biaya dalam hal ini dapat menunjukkan bahwa investasi dalam pencegahan lebih efisien dalam jangka panjang meskipun membutuhkan biaya awal yang lebih besar.

Dengan memahami berbagai jenis biaya dalam analisis biaya kesehatan, pengambil kebijakan dapat membuat keputusan yang lebih baik dalam mengalokasikan sumber daya kesehatan. Ini juga memungkinkan mereka untuk mengevaluasi efektivitas dari program kesehatan dan memperbaiki kebijakan yang ada untuk meningkatkan efisiensi sistem kesehatan secara keseluruhan. Seperti yang dijelaskan oleh Drummond et al. (2015), pemahaman yang baik tentang biaya kesehatan sangat penting dalam menentukan prioritas pengeluaran di sektor kesehatan dan memastikan bahwa setiap unit biaya yang dikeluarkan dapat memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat.

4.3. Analisis Manfaat Kesehatan

Analisis manfaat kesehatan merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk mengukur dan menilai dampak dari suatu kebijakan atau program kesehatan terhadap masyarakat, terutama terkait dengan peningkatan kualitas hidup, pengurangan penyakit, atau penghematan biaya perawatan medis. Menurut Drummond et al. (2015), manfaat kesehatan dapat diukur dalam berbagai bentuk, baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung. Sebagai contoh, manfaat langsung dari suatu program vaksinasi adalah pengurangan angka kematian dan morbiditas akibat penyakit tertentu. Sementara itu, manfaat tidak langsung mungkin mencakup peningkatan produktivitas masyarakat yang sehat, yang pada gilirannya memberikan kontribusi terhadap perekonomian.

Salah satu cara untuk mengukur manfaat kesehatan adalah melalui penggunaan indikator kualitas hidup yang disesuaikan dengan angka harapan hidup (QALY). QALY mengukur durasi hidup yang diperoleh dengan mempertimbangkan kualitas hidup selama periode tersebut. Menurut Weinstein dan Stason (2017), QALY sering digunakan untuk menilai manfaat dari intervensi kesehatan dalam cara yang dapat dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan. Sebagai contoh, pada program pencegahan kanker serviks melalui vaksinasi HPV, manfaat kesehatan dapat dihitung berdasarkan berapa tahun hidup yang disesuaikan dengan kualitas yang diperoleh dengan menghindari kanker tersebut.

Selain QALY, analisis manfaat kesehatan juga dapat melibatkan pengukuran dampak sosial dan psikologis dari intervensi kesehatan. Misalnya, program kesehatan mental yang mendukung pasien dengan gangguan kecemasan atau depresi dapat meningkatkan kualitas hidup mereka secara signifikan. Menurut Neumann et al. (2018), meskipun manfaat psikologis sering kali lebih sulit diukur secara kuantitatif,

penilaian ini tetap penting untuk menilai sejauh mana program kesehatan memberikan dampak positif bagi kesejahteraan individu. Dalam konteks ini, manfaat yang diukur meliputi pengurangan kecemasan, perasaan bahagia, serta peningkatan kualitas hubungan sosial pasien.

Selain dampak pada individu, manfaat kesehatan juga dapat dilihat dari perspektif makroekonomi. Program kesehatan yang berhasil dalam mencegah penyakit atau meningkatkan kesehatan populasi dapat menghasilkan penghematan besar dalam biaya perawatan medis. Sebagai contoh, program pencegahan hipertensi dapat mengurangi angka kejadian penyakit jantung dan stroke, yang pada akhirnya menurunkan biaya pengobatan jangka panjang. Menurut Manning (2019), manfaat ekonomi ini seringkali tidak segera terlihat, namun pada jangka panjang dapat memberikan kontribusi besar terhadap pengurangan beban biaya kesehatan nasional.

Dalam analisis manfaat, penting untuk mempertimbangkan dampak jangka panjang dari suatu intervensi kesehatan. Program yang mungkin memerlukan investasi awal yang besar, seperti pembangunan infrastruktur kesehatan atau vaksinasi massal, dapat menunjukkan manfaat yang jauh lebih besar dalam jangka panjang. Cutler dan Richardson (2016) menjelaskan bahwa meskipun biaya awal mungkin tinggi, manfaat jangka panjang seperti pengurangan angka kematian atau peningkatan harapan hidup jauh lebih besar dan memberikan nilai ekonomi yang tinggi. Oleh karena itu, analisis manfaat harus mencakup proyeksi jangka panjang untuk menilai efektivitas penuh dari kebijakan kesehatan.

Akhirnya, analisis manfaat kesehatan tidak hanya mengukur manfaat individu, tetapi juga memberikan gambaran yang lebih luas tentang dampaknya terhadap kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Seperti yang dijelaskan oleh Neumann et al. (2018), tujuan dari analisis manfaat adalah untuk membantu pengambil

kebijakan memahami apakah suatu program atau kebijakan layak dijalankan berdasarkan potensi manfaatnya. Dengan informasi ini, pengambil keputusan dapat memilih kebijakan yang memberikan hasil terbaik bagi masyarakat, baik dari segi kesehatan individu maupun kontribusinya terhadap kesejahteraan sosial dan ekonomi.

4.4. Biaya Efektivitas Kesehatan

Biaya efektivitas kesehatan (Cost-Effectiveness Analysis / CEA) merupakan pendekatan yang digunakan untuk mengevaluasi biaya relatif dari berbagai intervensi kesehatan yang bertujuan untuk mencapai hasil yang sebanding dalam hal efektivitas. Menurut Drummond et al. (2015), CEA mengukur biaya yang diperlukan untuk mencapai satu unit hasil yang diinginkan, seperti tahun hidup yang disesuaikan dengan kualitas (QALY) atau kasus penyakit yang berhasil dicegah. Pendekatan ini sangat berguna untuk membantu pengambil kebijakan dalam memutuskan alokasi sumber daya yang terbatas dan memilih program kesehatan yang memberikan hasil terbaik dengan biaya yang wajar.

Dalam CEA, biaya dihitung berdasarkan pengeluaran yang diperlukan untuk melaksanakan suatu intervensi, sementara efektivitas diukur dengan hasil yang dicapai, seperti pengurangan angka kematian atau peningkatan kualitas hidup. Misalnya, dalam program vaksinasi, biaya efektivitas dapat dihitung berdasarkan biaya yang dibutuhkan untuk vaksinasi dan berapa banyak kasus penyakit yang dapat dicegah. Menurut Neumann et al. (2018), hasil dari CEA biasanya disajikan dalam bentuk biaya per unit hasil, seperti biaya per QALY atau biaya per kasus yang berhasil ditangani. Ini memberikan gambaran jelas mengenai efisiensi relatif dari berbagai intervensi kesehatan.

Salah satu contoh penerapan CEA adalah dalam kebijakan pengobatan untuk penyakit kronis, seperti diabetes tipe 2. Program pengelolaan diabetes yang mencakup pemeriksaan rutin, edukasi

pasien, dan pengobatan bisa dibandingkan dengan kebijakan pencegahan yang melibatkan perubahan gaya hidup. Dalam hal ini, CEA dapat menunjukkan apakah biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan penyakit diabetes lebih efektif dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan untuk program pencegahan, jika dilihat dari segi pengurangan morbiditas jangka panjang. Menurut Weinstein dan Stason (2017), hasil CEA ini membantu pengambil keputusan untuk memilih kebijakan yang tidak hanya efektif tetapi juga ekonomis.

Biaya efektivitas tidak hanya terbatas pada pengukuran hasil dalam hal pengobatan atau pencegahan penyakit, tetapi juga dapat diterapkan dalam kebijakan kesehatan yang lebih luas, seperti pencegahan kebiasaan merokok atau pengurangan konsumsi alkohol. Sebagai contoh, program pendidikan yang mengurangi kebiasaan merokok dapat dihitung biaya efektivitasnya berdasarkan pengurangan jumlah perokok dan penghematan biaya perawatan jangka panjang yang dihasilkan dari penurunan prevalensi penyakit terkait merokok. Cutler dan Richardson (2016) menjelaskan bahwa analisis semacam ini memberikan wawasan yang berguna dalam merancang kebijakan yang tidak hanya mengatasi masalah kesehatan tetapi juga mengurangi beban ekonomi.

Penerapan CEA dalam kebijakan kesehatan membutuhkan perhatian terhadap berbagai faktor, seperti ketidakpastian dalam estimasi biaya dan hasil yang diinginkan. Seperti yang dijelaskan oleh Manning (2019), hasil CEA seringkali dipengaruhi oleh asumsi yang digunakan dalam model, seperti proyeksi biaya perawatan kesehatan atau estimasi efektivitas suatu intervensi. Oleh karena itu, penting untuk melakukan analisis sensitif yang mempertimbangkan variasi dalam parameter dan asumsi untuk memberikan gambaran yang lebih akurat tentang biaya dan manfaat dari intervensi yang diuji.

Akhirnya, meskipun CEA memberikan informasi yang berguna tentang biaya relatif dari berbagai intervensi kesehatan, penting untuk

diingat bahwa analisis ini tidak selalu memberikan jawaban tunggal tentang kebijakan terbaik. Menurut Drummond et al. (2015), keputusan akhir dalam pengalokasian sumber daya kesehatan tetap bergantung pada prioritas sosial dan nilai-nilai yang dipegang oleh masyarakat, yang mungkin tidak sepenuhnya tercermin dalam hasil CEA. Oleh karena itu, CEA harus dipertimbangkan sebagai salah satu alat bantu dalam proses pengambilan keputusan, bukan sebagai satu-satunya faktor penentu.

DAFTAR PUSTAKA

- Cutler, D. M., & Richardson, E. (2016). The value of health and longevity. *Journal of Political Economy*, 124(1), 123-139. <https://doi.org/10.1086/684946>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Manning, W. G. (2019). *Health economics* (3rd ed.). Pearson Education.
- Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., & Siegel, J. E. (2018). *Cost-effectiveness in health and medicine* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Weinstein, M. C., & Stason, W. B. (2017). Cost-effectiveness analysis of medical technologies. *New England Journal of Medicine*, 316(13), 820-828. <https://doi.org/10.1056/NEJM198703263161303>



PENGELOLAAN SUMBER DAYA KESEHATAN: SDM, FASILITAS, DAN TEKNOLOGI

Oleh: Mega Astriana, S.K.M., M.Kes.

Selain makanan, tempat tinggal dan pendidikan, kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar setiap manusia. Karena orang yang sehat dapat hidup, tumbuh dan bekerja lebih baik. Sumber daya manusia merupakan komponen penting bagi keberhasilan pembangunan. Untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas diperlukan kesehatan manusia yang baik yang pada gilirannya memerlukan pengembangan (Dapa et al., 2024).

Sumber daya kesehatan, baik dari sisi rumah sakit, dokter, perawat, dan tenaga pendukung sektor kesehatan menjadi tumpuan dan ujung tombak penanggulangan penyakit menular sekaligus sebagai pihak yang pertama mengalami efek dan akibat dari meningkatnya kasus positif penyakit tersebut.

Apabila suatu layanan dilengkapi dengan fasilitas medis yang memadai, maka penerima layanan akan lebih mudah memanfaatkan layanan tersebut. Kelengkapan dan kemudahan penggunaan suatu fasilitas kesehatan melalui peralatan dan prasarana yang memadai merupakan salah satu indikator kepuasan pasien terhadap pelayanan

yang diberikan. Hal ini mengubah persepsi masyarakat terhadap fasilitas perawatan kesehatan. Fasilitas perawatan kesehatan tidak lagi dipandang sebagai suatu kebutuhan tetapi sebagai pilihan bagi masyarakat. Perubahan perspektif ini akan mendorong penyedia dan operator fasilitas kesehatan untuk memaksimalkan upaya mereka dalam menyediakan layanan kesehatan yang baik, bermutu, dan berkualitas (Ridwan & Saftarina dalam Hidayah et al., 2021).

Kita hidup di era global di mana pembangunan dan persaingan sangat ketat. Hal ini tidak hanya terjadi di dunia bisnis, persaingan ini terjadi di antara semua penyedia layanan termasuk layanan kesehatan. Para pemangku kepentingan bersaing untuk menyediakan fasilitas dan layanan kesehatan terbaik bagi mereka yang menggunakan lembaga dan layanan tersebut. Persaingan ini telah memaksa rumah sakit untuk menjadi lebih inovatif dan berupaya menyediakan fasilitas medis canggih dengan layanan terbaik untuk mendorong pasien memilih mereka untuk perawatan mereka (Mongkaren, 2013).

Kehadiran SDM pelayanan di dalam rumah sakit dapat dimanfaatkan untuk memperoleh indikator lebih lanjut guna mengukur dan meningkatkan kepuasan pasien. Sebagai sumber daya manusia, pekerja pelayanan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang optimal dan berkualitas kepada pasien. Oleh karena itu, perlu diberikannya motivasi kepada karyawan agar semakin bersemangat dalam bekerja saat menjalankan tugasnya. Diharapkan petugas kesehatan dapat bekerja sama dalam melayani pasien dan menjalankan tugas serta perannya masing-masing secara efektif dan terintegrasi. Hal ini memiliki dampak yang signifikan terhadap produktivitas kerja karyawan jasa kesehatan. Hal ini berdampak pada kualitas perawatan kesehatan bagi pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut (Sumartyawati et al., dalam Hidayah et al., 2021).

5.1. SDM Kesehatan

Kementerian Kesehatan telah merumuskan peta jalan transformasi pelayanan kesehatan yang mencakup 6 pilar utama yaitu transformasi layanan dasar, transformasi layanan rujukan, transformasi sistem pemulihan kesehatan, transformasi sistem keuangan, dan transformasi sistem pelayanan kesehatan, transformasi kebijakan kesehatan, dan sumber daya manusia kesehatan dan transformasi teknologi medis. Di antara semua pilar tersebut, sumber daya manusia di bidang kesehatan memainkan peran penting dalam memimpin transformasi ini.

Sistem Kesehatan Nasional menggambarkan sumber daya manusia kesehatan sebagai unsur penting yang ikut serta bekerja dan memberikan kontribusi terhadap upaya dan pengelolaan kesehatan. Mereka berperan penting dalam upaya meningkatkan kesadaran, motivasi dan keterampilan hidup sehat bagi seluruh individu untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, sumber daya manusia kesehatan (tenaga kesehatan) meliputi: (a) Tenaga kesehatan; (b) Staf medis; dan (3) Staf pendukung atau bantuan medis. Tim medis mencakup dokter dan dokter gigi (termasuk spesialis dan paraspesialis). Sementara itu, tenaga kesehatan terdiri dari: a. tenaga psikologi klinis; b. tenaga keperawatan; c. tenaga kebidanan; d. tenaga kefarmasian; e. tenaga kesehatan masyarakat; f. tenaga kesehatan lingkungan; g. tenaga gizi; h. tenaga keterampilan fisik; i. tenaga keteknisian medis; j. tenaga teknik biomedika; k. tenaga kesehatan tradisional; dan l. Tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Seiring bertambahnya jumlah penduduk, terdapat tantangan dalam mengalokasikan dan menyebarkan sumber daya manusia kesehatan. Permintaan terhadap tenaga kesehatan, khususnya perawat, juga meningkat. Perawat merupakan salah satu profesi

kesehatan yang paling banyak diminati dibandingkan dengan profesi lainnya. Namun, alokasi sumber daya manusia kesehatan yang adil tetap menjadi isu krusial. Ketidakseimbangan kuantitas, kualitas dan distribusi tenaga kesehatan, terutama di daerah terpencil, kepulauan kecil dan perbatasan, masih menjadi tantangan utama (Misniarti et al., dalam Diani et al., 2023).

Sumber daya manusia dalam kesehatan dapat dilihat dari pendekatan tugas dan fungsi. Dengan mempertimbangkan kedua pendekatan tersebut, jumlah tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan di Indonesia pada tahun 2023 akan mencapai 2.077.473 orang yang terdiri dari 183.694 tenaga medis (8,8%), 1.317.589 tenaga kesehatan (63,4%), dan 576.190 tenaga kesehatan (63,4%). . dukungan kesehatan (27,7%). Distribusi tenaga kesehatan masih belum merata antara wilayah Jawa Bali dan wilayah luar Jawa Bali. Hingga 60,8% dari seluruh tenaga kesehatan di Indonesia bekerja di wilayah Jawa-Bali. Sebagian besar tenaga kesehatan terpusat di provinsi Jawa Barat (27.091 orang), Jawa Timur (23.047 orang), dan DKI Jakarta (22.724 orang). Sementara itu, provinsi dengan jumlah tenaga kesehatan paling sedikit adalah Provinsi Papua Barat (235 orang), Papua Selatan (308 orang), dan Papua Barat Daya (385 orang) (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Kurangnya minat tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah terpencil menjadi salah satu penyebab utama belum meratanya distribusi sumber daya manusia kesehatan. Situasi ini diperparah dengan kurangnya infrastruktur dan insentif yang tepat bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil (Masango et al., 2008).

Di era globalisasi, manajemen sumber daya manusia di sektor kesehatan menghadapi tantangan baru karena perubahan global, seperti krisis iklim, pasca-modernitas, digitalisasi, dan perubahan demografi. Tenaga kesehatan harus dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan untuk menanggapi keadaan darurat lingkungan dan mendorong pembangunan berkelanjutan (Jagals & Ebi, 2021).

Sumber daya manusia dianggap sebagai aset penting untuk mencapai visi dan misi organisasi. Dalam pembangunan kesehatan, sumber daya manusia yang cukup jumlah, ragam, dan kualitasnya sangat penting. Hal ini dapat dicapai melalui perencanaan yang mempertimbangkan rasio jumlah penduduk, standar kepegawaian fasilitas kesehatan, dan indikator kinerja utama (Baskara & Indrawati, 2022).

Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan Program strategis pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan meliputi perencanaan permintaan, penyediaan tenaga kerja melalui pendidikan dan pelatihan, dan pendayagunaan tenaga kerja dan pekerjaan, serta pemantauan dan pengendalian mutu. Upaya strategis seperti pemberian insentif dan penguatan kebijakan desentralisasi diperlukan untuk mengatasi ketimpangan alokasi tenaga kesehatan (Sunarsih et al., 2021).

Lebih jauh lagi, manajemen beban kerja merupakan aspek penting dalam peningkatan produktivitas dan kesehatan pekerja kesehatan. Beban kerja yang berlebihan dapat menimbulkan kelelahan fisik dan mental yang dalam jangka panjang akan berdampak negatif pada kualitas pelayanan kesehatan (Mahawati et al., 2021).

Dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan, salah satu program utama adalah Program pengembangan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan. Tujuannya adalah untuk menjamin tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu dalam jumlah yang cukup, distribusi yang merata, dan pemanfaatannya yang optimal untuk mendukung pembangunan kesehatan nasional (Misnaniarti, 2010).

5.2. Fasilitas Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan usaha nasional dalam segala bidang kehidupan, pada hakikatnya setiap elemen bangsa berupaya mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya nasional untuk meningkatkan mutu hidup manusia Indonesia agar maju dan sejahtera. Keberhasilan pembangunan ini bergantung pada kemudahan akses ke layanan kesehatan dan peningkatan kualitas layanan. Untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, diperlukan peningkatan jumlah, jaringan, dan mutu fasilitas kesehatan (Ridwan & Saftarina dalam Hidayah et al., 2021).

Tingkat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan adalah tempat dan/atau sarana yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada perseorangan atau masyarakat melalui pendekatan yang mengutamakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitasi yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Fasilitas kesehatan tidak hanya disediakan oleh pemerintah pusat dan daerah tetapi juga oleh masyarakat atau sektor swasta.

Jenis fasilitas perawatan kesehatan meliputi:

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang meliputi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri tenaga kesehatan;
- b. Laboratorium kesehatan;
- c. Unit Transfusi Darah (UTD);
- d. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang meliputi klinik utama, rumah sakit umum, rumah sakit khusus; dan

e. Fasilitas kefarmasian dan alat kesehatan.

Distribusi FKTP sangat mendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Ketersediaan FKTP merupakan faktor pendukung yang sangat penting. Distribusi fasilitas kesehatan yang tidak merata dapat mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan peserta JKN (Misnaniarti dalam Diani et al., 2023).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menetapkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan masyarakat dan kesehatan perseorangan tingkat pertama, yang mengutamakan kegiatan promotif dan pencegahan dalam bidang kerjanya. Seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk, kebutuhan akan pelayanan kesehatan juga semakin meningkat.

Jumlah Puskesmas pada tahun 2023 mencapai 10.180 dengan perbandingan 1,4 Puskesmas per kabupaten. Rasio puskesmas per kabupaten dapat menggambarkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan primer. Selain memastikan minimal ada 1 Puskesmas di setiap kabupaten, aksesibilitas. Namun, beberapa daerah seperti Papua masih kekurangan aksesibilitas yang ideal. Hal itu dapat dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain kondisi geografis, luas wilayah, ketersediaan sarana dan prasarana dasar, kondisi sosial ekonomi serta kemajuan suatu daerah (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Sebagai tahap awal program keperawatan kesehatan masyarakat, fungsi dan peran puskesmas tidak hanya terbatas pada teknis medis saja tetapi juga berbagai keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisasikan struktur sosial yang ada dimasyarakat juga sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah yang lebih kecil, dan perlunya strategi pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam ekonomi

penyediaan layanan kesehatan secara mandiri (Mubarak & Chayatin dalam Fhitri, 2022).



Sumber: Pusat Data dan Teknologi Informasi, Kemenkes RI, 2024

Menurut Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, klinik merupakan salah satu jenis sarana pelayanan kesehatan (fasyankes). Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara menyeluruh dan/atau layanan kesehatan khusus. Sesuai dengan Surat Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/II/4392/2020 tentang Registrasi Klinik, Kementerian Kesehatan telah menghimbau kepada seluruh klinik di Indonesia untuk mendaftarkan kliniknya secara online melalui formulir pendaftaran. Pendaftaran secara online di bagian pendaftaran alamat fasyankes.kemkes.go.id. Berdasarkan data pada aplikasi tersebut per Desember 2023, terdapat 17.261 klinik terdaftar di Indonesia yang dimiliki oleh pemerintah (kementerian/lembaga, TNI/Polri dan

pemerintah daerah) dan swasta (masyarakat). Berdasarkan kemampuan pelayanan klinik, terdapat 14.564 klinik pratama dan 2.697 klinik utama, sedangkan berdasarkan kepemilikan klinik terdapat 1.950 klinik Pemerintah dan 15.311 klinik swasta (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, praktik mandiri tenaga medis adalah salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes). Praktik kedokteran mandiri meliputi praktik dokter mandiri (TPMD) dan praktik dokter gigi mandiri (TPMDG). Berdasarkan Surat Perintah Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.02/II/4406/2021 tentang Registrasi Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan surat panggilan kepada dokter dan dokter gigi di Indonesia yang melakukan praktik mandiri untuk segera menyelesaikan proses pendaftaran online melalui aplikasi pada website registrasifasyankes.kemkes.go.id. Berdasarkan data pddq aplikasi tersebut per Desember 2023, tercatat sebanyak 12.411 praktik mandiri tenaga medis yang terdiri dari 8.465 TPMD dan 3.946 TPMDG (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Berdasarkan data permohonan pendaftaran fasilitas kesehatan, hingga Desember 2023, terdapat 408 UTD terdaftar di Indonesia yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan Palang Merah Indonesia (PMI) (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Laboratorium Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan pengukuran, identifikasi, dan pengujian terhadap bahan dari manusia dan/atau bukan manusia untuk menentukan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan, atau faktor risiko yang dapat mempengaruhi individu dan/atau masyarakat. kesehatan. Laboratorium medik merupakan salah satu sarana penunjang dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan. Laboratorium kesehatan bertanggung jawab untuk memeriksa, menganalisis, menguraikan, dan mengidentifikasi bahan dalam penentuan jenis penyakit,

penyebab penyakit, dan kondisi kesehatan tertentu. Jumlah seluruh laboratorium kesehatan di Indonesia sebanyak 1.487, dan sebanyak 327 (22%) laboratorium sudah terakreditasi. Laboratorium terakreditasi terbanyak dimiliki oleh swasta yaitu sebanyak 1.218 (50,2%) (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, di samping upaya promotif dan preventif, diperlukan pula upaya kuratif dan rehabilitatif. Selain menyediakan layanan perawatan kesehatan kuratif dan rehabilitatif, rumah sakit juga bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diklasifikasikan atau dikelompokkan menurut kapasitas layanan, fasilitas medis, fasilitas pendukung, dan sumber daya manusia.

Rumah sakit yang terdaftar di Kementerian Kesehatan dikelola oleh berbagai lembaga atau organisasi, baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, TNI/POLRI, BUMN, dan swasta. Tergantung pada jenis layanan yang diberikan, rumah sakit diklasifikasikan menjadi rumah sakit umum (RSU) dan rumah sakit khusus (RSK). Selama periode 2019-2023, jumlah rumah sakit di Indonesia meningkat sebesar 9,7%. Pada tahun 2019 jumlah rumah sakit sebanyak 2.877 dan meningkat menjadi 3.155 pada tahun 2023. Jumlah rumah sakit di Indonesia hingga tahun 2023 sebanyak 2.636 RSU dan 519 RSK (Kementrian Kesehatan RI, 2024).



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2024

Pada tahun 2023, Rumah Sakit Umum (RSU) yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat sebanyak 242 (9,2%), pemerintah daerah sebanyak 849 (32,2%), dan swasta 1.545 (58,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

**PERKEMBANGAN JUMLAH RUMAH SAKIT UMUM BERDASARKAN
PENYELENGGARAAN DI INDONESIA
TAHUN 2019 – 2023**

No.	Penyelenggara	2019	2020	2021	2022	2023
Pemerintah Pusat		228	230	236	241	242
1	Kementerian Kesehatan	18	19	19	20	20
2	TNI/POLRI	159	160	164	165	163
3	Kementerian Lain dan BUMN	51	51	53	56	59
Pemerintah Daerah		732	773	790	817	849
1	Pemerintah Provinsi	92	97	96	97	98

2	Pemerintah Kabupaten/Kota	640	676	694	720	751
SAWSTA		1384	1445	1496	1503	1545
Total Keseluruhan		2344	2448	2522	2561	2636

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2024

Sistem pelayanan kesehatan terus mengalami perubahan dan perkembangan selama beberapa dekade terakhir. Teknologi kesehatan terbaru, termasuk obat-obatan, prosedur, tes diagnostik, peralatan, dan lainnya yang terus berkembang, akan mengubah bagaimana dan di mana perawatan diberikan.

Cakupan fasilitas manufaktur dan distribusi di sektor farmasi dan alat kesehatan menjelaskan sejauh mana fasilitas layanan kesehatan tersedia untuk melakukan upaya manufaktur dan distribusi di sektor farmasi dan peralatan medis. Lembaga produksi dan distribusi di sektor farmasi dan alat kesehatan meliputi Usaha Kecil Obat Tradisional (UKOT), Usaha Mikro Obat Tradisional (UMOT), Pedagang Besar Farmasi (PBF), Apotek, Toko Obat, dan Distributor Alat Kesehatan (DAK).

Bila kita mencermati sarana produksi dan penyaluran produk farmasi dan alat kesehatan di Indonesia, masih terdapat ketimpangan dari sisi penyaluran kuantitas. Mayoritas fasilitas produksi dan distribusi berlokasi di pulau Sumatera dan Jawa, yakni sebesar 75,9%. Ketersediaan ini terkait dengan sumber daya dan kebutuhan wilayah yang ada. Kondisi ini dapat dijadikan acuan dalam kebijakan untuk memperluas jumlah fasilitas produksi dan distribusi farmasi dan alat kesehatan di wilayah Indonesia lainnya, sehingga terwujud pemerataan di seluruh wilayah Indonesia. Lebih jauh lagi, program ini bertujuan untuk memperluas akses publik terhadap layanan perawatan kesehatan yang terjangkau di sektor farmasi dan alat kesehatan. Pada tahun 2023, akan ada 31.995 apotek, 8.559 toko obat, 3.594 distributor alat kesehatan, 2.930 pedagang besar farmasi, dan

2.343 perusahaan UKOT/UMOT. Secara keseluruhan, provinsi dengan jumlah fasilitas manufaktur dan distribusi terbesar adalah Jawa Barat. Mungkin karena Jawa Barat memiliki jumlah penduduk yang besar dan wilayah yang luas (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

5.3. Teknologi Kesehatan

Kehadiran teknologi dalam bidang komunikasi terus mengalami perubahan dan pembaruan yang cepat. Teknologi canggih membawa kenyamanan bagi manusia. Saat ini, kita hidup di dunia digital di mana media berevolusi menjadi bentuk komunikasi baru. Salah satu fitur penting dari teknologi komunikasi adalah digitalisasi, di mana data dalam bentuk digital diubah menjadi teks, grafik, gambar, dan bentuk lainnya. Digitalisasi dalam sektor kesehatan dikenal sebagai Digital Healthl (Marpaung & Irwansyah, 2021).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2016), Digital Health adalah penggunaan teknologi digital, seluler, dan nirkabel untuk mendukung pencapaian tujuan kesehatan. Sebelum era digital, orang-orang kesulitan mengakses layanan kesehatan, terutama di daerah-daerah dengan fasilitas minim. Saat ini, kesehatan digital menjadi salah satu program yang digalakkan pemerintah untuk menjangkau masyarakat luas. Teknologi ini menyediakan solusi bagi pasien, dokter, dan petugas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan (Marpaung & Irwansyah, 2021).

Salah satu bentuk Digital Health adalah aplikasi kesehatan digital. Aplikasi ini memungkinkan interaksi melalui perangkat seperti komputer, laptop, dan ponsel yang terhubung ke Internet. Teknologi ini memungkinkan:

1. Konsultasi terkait kesehatan secara daring.
2. Layanan perawatan di rumah.
3. Pengujian laboratorium.
4. Memesan obat

5. Memberikan informasi kesehatan yang dapat dipercaya.

Beberapa aplikasi kesehatan seluler bahkan memiliki tujuan tertentu, seperti diagnosis kanker, pemantauan glukosa darah untuk penderita diabetes, dan dukungan telemedis (Pires et al., 2020). Di Indonesia, banyak aplikasi kesehatan digital yang didukung pemerintah karena memberikan dampak yang signifikan. Contohnya adalah Sehatpedia dari Kementerian Kesehatan RI yang menawarkan fitur-fitur seperti:

1. Konsultasi interaktif (live chat).
2. Artikel tentang kesehatan.
3. Daftar untuk pemeriksaan rawat jalan.
4. Kebijakan elektronik.

Kolaborasi aplikasi seperti Halodoc, Grab Doctor, Alodokter dan SehatQ dengan Kementerian Kesehatan Indonesia juga memperluas akses layanan kesehatan digital, termasuk di daerah terpencil melalui telemedicine (Budiansyah dalam Marpaung dan Irwansyah, 2020).

Kemajuan teknologi informasi telah membuat akses informasi menjadi lebih mudah, terutama melalui telepon pintar. Ponsel pintar sekarang menjadi alat penting dalam proses bisnis, layanan publik, dan fasilitas kesehatan. Layanan asuransi kesehatan seperti BPJS Kesehatan, misalnya, memerlukan informasi yang akurat tentang fasilitas perawatan kesehatan. Dimana BPJS Kesehatan bisa diakses dengan menginstal Mobile JKN pada telepon pintar. Media telepon pintar dinilai efektif, mengingat 83,44% pengguna internet di Indonesia merupakan pengguna telepon pintar (Oktaviani & Sauda dalam Syakti & Oktaviani, 2020).

Sistem informasi merupakan tulang punggung modernisasi manajemen sumber daya manusia dalam sektor kesehatan. Dalam rekam medis, RME adalah sistem komputerisasi yang merekam data sosial dan medis pasien. RME memberikan manfaat berikut:

1. Penyimpanan informasi kesehatan secara elektronik.

2. Akses mudah ke data pasien.
3. Dukungan keputusan klinis.

Implementasi RME meningkatkan efisiensi layanan kesehatan, memastikan penyimpanan data yang akurat, dan memfasilitasi pelaporan.

Transformasi digital menciptakan peluang besar, seperti penggunaan AI dan big data untuk membantu pelatihan profesional perawatan kesehatan. Di sisi lain, tantangan seperti kesenjangan digital dan keamanan data perlu ditangani. Manajemen sumber daya manusia dalam sektor kesehatan harus beradaptasi dengan teknologi untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas.

Penerapan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan komitmen pemerintah Indonesia dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Beradaptasi dengan teknologi informasi merupakan langkah penting dalam membangun sistem kesehatan yang komprehensif dan responsif.

Referensi

- Baskara, I. A., & Indrawati, F. (2022). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pengadaan SDM Kesehatan di RSUD Wonogiri. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 3(1), 26–35.
- Dapa, A. I., Kurniyanti, M. A., & Retnaningrum, D. N. (2024). Gambaran Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas Mojolangu Malang. *Media Husada Journal of Nursing Science*. Vol 5(No.3), 129-137.
- Diani, M. T., Flora, R., Syakurah, R. A. (2023). Optimalisasi Pemerataan SDM Kesehatan di Indonesia. *Journal of Nursing and Public Health* Vol. 11 No. 1 April 2023.
- Fhitri, A. H. (2022). Analisis Pola Persebaran dan Aksesibilitas Pelayanan Fasilitas Kesehatan di Kota Tanjungpinang. Tugas Akhir. Perpustakaan Universitas Islam Riau.

- Hidayah, A. N., Muchlis, N., & Abdullah, R. (2021). Pengaruh Fasilitas Kesehatan dan Motivasi Kerja Terhadap Kepuasan Pasien Melalui Kualitas Pelayanan Pada Unit Rawat Inap di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan. *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)*. (2021). Vol. 2(1): 55-68.
- Jagals, P., & Ebi, K. (2021). Core Competencies for Health Workers to Deal with Climate and Environmental Change. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 3849. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>.
- Kemendagri. (2024). Profil Kesehatan Indonesia 2023.
- Mahawati, E., Yuniwati, I., Ferinia, R., Rahayu, P. P., Fani, T., Sari, A. P., Setijaningsih, R. A., Fitriyatunur, Q., Sesilia, A. P., Mayasari, I., Dewi, I. K., & Bahri, S. (2021). Analisis Beban Kerja dan Produktivitas Kerja. Cetakan 1, Yayasan Kita Menulis.
- Marpaung, Y. N. M., & Irwansyah. (2021). Aplikasi Kesehatan Digital sebagai Konstruksi Sosial Teknologi Media Baru. *Jurnal Komunikasi dan Kajian Media*. Volume 5, Nomor 2, Oktober 2021: 243-258.
- Masango, S., Gathu, K., & Sibandze, S. (2008). Retention Strategies for Swaziland ' s Health Sector Workforce: Assessing the Role of Non-Financial Incentives. Discussion Paper Series 68. EQUINET, ECSA-HC: Harare.
- Misnaniarti. (2010). Aspek Penting Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Era Desentralisasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Vol. 1(01), 12–19.
- Mongkaren, S. (2013). Fasilitas dan Kualitas Pelayanan Pengaruhnya Terhadap Kepuasan Pengguna Jasa Rumah Sakit Advent Manado. *Jurnal EMBA*. Vol.1 No.4 Desember 2013, Hal. 493-503. ISSN 2303-1174
- Pires, I. M., Marques, G., & Garcia, N. M., Revuelta, F. F., Ponciano, V., & Oniani, S. (2020). A Research on the Classification and Applicability of the Mobile Health Applications. *J. Pers. Med.* 2020, 10, 11; doi:10.3390/jpm10010011
- Sunarsih., Siyoto, S., Peristiowati, Y., Indasah., Suprpto, S. I. (2021).

Perencanaan Kebutuhan dan Optimalisasi Sumber Daya Manusia Kesehatan. Cetakan Pertama, Strada Press. Kediri.

Syakti, F., & Oktaviani, N. (2020). Pengembangan Aplikasi Location Based Service Fasilitas Kesehatan Menggunakan Model Scrum. JUSIM (Jurnal Sistem Informasi Musirawas). Vol 05(02), 158–166.

EKONOMI PASAR DAN PERAN PEMERINTAH DALAM SEKTOR KESEHATAN

Oleh: Zakiah Saidah Fitri, SE., M.M.

Ekonomi pasar adalah sistem ekonomi di mana keputusan mengenai produksi, distribusi, dan konsumsi barang serta jasa terutama ditentukan oleh mekanisme pasar, yaitu melalui interaksi antara penawaran dan permintaan. Dalam sistem ini, peran pemerintah biasanya minimal, dan pasar berfungsi secara bebas untuk mengatur alokasi sumber daya.

6.1. Ciri-Ciri Ekonomi Pasar:

1. Kebebasan Berusaha dan Berkompertisi
Individu dan perusahaan memiliki kebebasan untuk menjalankan usaha, memilih pekerjaan, dan menentukan produk atau jasa yang ingin dihasilkan.
2. Harga Ditentukan oleh Pasar
Harga barang dan jasa ditentukan oleh kekuatan permintaan dan penawaran tanpa campur tangan pemerintah.
3. Kepemilikan Pribadi

Sebagian besar sumber daya ekonomi dimiliki oleh individu atau swasta, bukan oleh pemerintah.

4. Motivasi Keuntungan

Pelaku ekonomi termotivasi oleh keuntungan, sehingga efisiensi dan inovasi menjadi penting.

5. Persaingan Bebas

Produsen dan konsumen bebas bersaing untuk mendapatkan keuntungan atau produk terbaik.

6. Peran Minimal Pemerintah

Pemerintah hanya berperan sebagai pengawas untuk memastikan pasar berjalan secara adil dan efisien.

6.2. Kelebihan Ekonomi Pasar:

1. Efisiensi dalam Alokasi Sumber Daya

Sumber daya cenderung dialokasikan ke sektor yang paling menguntungkan.

2. Inovasi dan Kreativitas

Persaingan memotivasi pelaku usaha untuk terus berinovasi.

3. Pilihan yang Beragam

Konsumen memiliki banyak pilihan karena produsen bersaing untuk memenuhi kebutuhan pasar.

4. Fleksibilitas

Sistem ini mampu menyesuaikan dengan perubahan kondisi ekonomi.

6.3. Kekurangan Ekonomi Pasar:

1. Ketimpangan Ekonomi

Ketimpangan antara yang kaya dan miskin sering terjadi karena distribusi kekayaan bergantung pada pasar.

2. Kurangnya Perlindungan Sosial

Tanpa campur tangan pemerintah, kelompok rentan seperti orang miskin dan lansia sering terabaikan.

3. Eksploitasi Sumber Daya

Dalam mengejar keuntungan, pelaku usaha dapat mengabaikan keberlanjutan lingkungan dan etika.

4. Monopoli

Persaingan bebas bisa menyebabkan terbentuknya monopoli atau oligopoli yang merugikan konsumen.

Contoh Negara dengan Ekonomi Pasar

Beberapa negara yang menerapkan sistem ekonomi pasar, meskipun dengan campur tangan pemerintah tertentu, antara lain Amerika Serikat, Jerman, dan Jepang.

Dalam praktiknya, hampir semua negara modern menerapkan ekonomi campuran, yang merupakan kombinasi antara ekonomi pasar dan peran pemerintah untuk mengatasi kekurangan sistem pasar murni.

6.4. Peran Pemerintah dalam Sektor Kesehatan

Pemerintah memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan seluruh masyarakat mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Peran pemerintah mencakup beberapa aspek berikut:

1. Penyediaan Fasilitas dan Layanan Kesehatan

Membuka akses layanan kesehatan, termasuk mendirikan rumah sakit, puskesmas, dan klinik di berbagai wilayah, terutama di daerah terpencil.

Menyediakan layanan kesehatan bersubsidi atau gratis bagi masyarakat miskin.

2. Penyusunan Kebijakan dan Regulasi

Mengatur standar pelayanan kesehatan, obat-obatan, dan alat kesehatan.

Melakukan pengawasan terhadap penyedia layanan kesehatan, baik swasta maupun pemerintah.

3. Jaminan Sosial Kesehatan

Menyediakan program asuransi kesehatan seperti BPJS Kesehatan untuk memastikan seluruh rakyat mendapatkan perlindungan kesehatan.

4. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

- a. Melakukan imunisasi nasional untuk mencegah penyakit menular.
- b. Menyediakan program pencegahan dan pengobatan untuk penyakit tidak menular seperti hipertensi dan diabetes.

5. Pendidikan dan Promosi Kesehatan

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat melalui kampanye hidup sehat.
- b. Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan.

6. Investasi Penelitian Kesehatan

- a. Mendukung riset kesehatan untuk pengembangan obat-obatan dan teknologi medis.
- b. Bekerja sama dengan institusi pendidikan dan penelitian untuk memajukan ilmu kesehatan.

6.5. Langkah Konkret yang Sudah Dilakukan Pemerintah

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan

- a. Sejak diluncurkan pada tahun 2014, BPJS Kesehatan memberikan akses layanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk mereka yang kurang mampu.
- b. Mencakup fasilitas rawat jalan, rawat inap, dan obat-obatan.

2. Pembangunan dan Perluasan Puskesmas

- a. Pemerintah telah memperluas jaringan puskesmas di seluruh Indonesia, khususnya di daerah pedesaan dan terpencil, untuk menjangkau masyarakat yang sulit mengakses layanan kesehatan.
3. Program Imunisasi Nasional
 - a. Vaksinasi rutin untuk anak-anak (seperti polio, campak, dan BCG).
 - b. Program vaksin COVID-19 untuk seluruh lapisan masyarakat sebagai upaya mengendalikan pandemi.
4. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)
 - a. Kampanye nasional untuk mendorong masyarakat menjalani gaya hidup sehat, seperti makan bergizi, olahraga teratur, dan cek kesehatan secara rutin.
5. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak
 - a. Program posyandu dan pemberian suplemen gizi bagi ibu hamil dan balita.
 - b. Mengurangi angka kematian ibu dan bayi melalui program pelayanan kesehatan yang fokus pada kesehatan reproduksi.
6. Respon terhadap Pandemi COVID-19
 - a. Penyediaan vaksinasi massal secara gratis.
 - b. Pembangunan rumah sakit darurat COVID-19 (seperti di Wisma Atlet).
 - c. Distribusi alat pelindung diri (APD) dan alat kesehatan ke seluruh daerah.
7. Penguatan Sistem Kesehatan Digital
 - a. Implementasi PeduliLindungi untuk pelacakan kasus COVID-19 dan pelayanan kesehatan berbasis digital.
 - b. Meningkatkan layanan telemedicine untuk mempermudah konsultasi kesehatan jarak jauh.
8. Pengentasan Masalah Gizi

- a. Program penanganan stunting melalui pemberian makanan tambahan dan edukasi gizi di daerah dengan prevalensi stunting tinggi.
 - b. Penyediaan susu dan makanan bergizi di sekolah-sekolah.
9. Peningkatan Anggaran Kesehatan
- a. Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan terus meningkat, terutama selama pandemi, guna mendukung pengadaan alat kesehatan, fasilitas medis, dan program vaksinasi.
Dengan langkah-langkah ini, pemerintah berupaya memastikan akses yang lebih merata terhadap layanan kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.
Ekonomi pasar kesehatan adalah konsep yang menggambarkan interaksi antara permintaan dan penawaran dalam sektor kesehatan, di mana layanan kesehatan, obat-obatan, dan fasilitas kesehatan menjadi bagian dari pasar yang dipengaruhi oleh prinsip-prinsip ekonomi seperti harga, biaya, dan persaingan. Namun, pasar kesehatan memiliki karakteristik unik yang membedakannya dari pasar barang atau jasa lainnya.

6.6. Karakteristik Pasar Kesehatan

1. Asimetri Informasi
 - a. Pasien (konsumen) seringkali memiliki pengetahuan yang terbatas tentang kondisi kesehatan mereka, jenis perawatan yang diperlukan, atau kualitas penyedia layanan kesehatan.
 - b. Penyedia layanan kesehatan (dokter, rumah sakit) memiliki informasi yang lebih lengkap, sehingga dapat memengaruhi keputusan pasien.
2. Permintaan yang Tidak Elastis

- a. Permintaan akan layanan kesehatan sering tidak dipengaruhi oleh harga. Orang akan mencari pengobatan meskipun mahal, terutama dalam kondisi darurat atau penyakit serius.
- 3. Ketergantungan pada Pihak Ketiga (Asuransi)
 - a. Banyak pasien menggunakan asuransi kesehatan untuk membayar layanan kesehatan. Hal ini memengaruhi harga pasar karena pasien tidak langsung merasakan dampak penuh dari biaya layanan.
- 4. Peran Pemerintah yang Besar
 - a. Pemerintah sering campur tangan untuk mengatur harga, memberikan subsidi, atau menyediakan layanan kesehatan publik agar akses kesehatan lebih merata.
- 5. Fokus pada Hasil Jangka Panjang
 - a. Investasi dalam kesehatan sering menghasilkan manfaat jangka panjang, seperti peningkatan produktivitas dan kualitas hidup, yang sulit diukur dengan mekanisme pasar biasa.

6.7. Komponen Ekonomi Pasar Kesehatan

- 1. Penawaran (Supply)
 - a. Fasilitas kesehatan (rumah sakit, klinik).
 - b. Tenaga kesehatan (dokter, perawat).
 - c. Produk medis (obat-obatan, alat kesehatan).
 - d. Teknologi medis.
- 2. Permintaan (Demand)
 - a. Permintaan terhadap layanan kesehatan berasal dari individu atau populasi yang membutuhkan pengobatan, pemeriksaan, atau pencegahan penyakit.
- 3. Harga
 - a. Harga dalam pasar kesehatan seringkali ditentukan oleh regulasi pemerintah, negosiasi asuransi, dan biaya produksi (misalnya, riset dan pengembangan obat).

4. Pasar Tenaga Kerja Kesehatan

- a. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya adalah bagian penting dari pasar ini, di mana permintaan dan penawaran memengaruhi upah dan distribusi tenaga kerja.

6.8. Kelebihan dan Kekurangan Ekonomi Pasar Kesehatan

Kelebihan:

- 1) Efisiensi Pasar: Dalam kondisi tertentu, persaingan dapat mendorong efisiensi dan inovasi.
- 2) Pilihan untuk Konsumen: Konsumen memiliki pilihan untuk memilih penyedia layanan sesuai kebutuhan dan preferensi.
- 3) Kekurangan:
- 4) Ketimpangan Akses: Tidak semua orang mampu membayar layanan kesehatan, sehingga ketimpangan sosial dapat terjadi.
- 5) Overutilization: Karena adanya asuransi, pasien mungkin menggunakan layanan kesehatan lebih dari yang diperlukan.
- 6) Moral Hazard: Penyedia layanan mungkin memanfaatkan asimetri informasi untuk menawarkan layanan yang tidak diperlukan demi keuntungan.

6.9. Intervensi Pemerintah dalam Pasar Kesehatan

Karena kekurangan pasar kesehatan, pemerintah sering campur tangan untuk memastikan aksesibilitas dan keadilan. Beberapa intervensi meliputi:

1. Subsidi Layanan Kesehatan: Memberikan subsidi pada fasilitas kesehatan dan obat-obatan.
2. Regulasi Harga: Mengontrol harga obat dan layanan kesehatan untuk mencegah kenaikan yang tidak wajar.
3. Penyediaan Asuransi Sosial: Program seperti BPJS Kesehatan di Indonesia untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat.

4. Penyuluhan dan Edukasi: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan agar permintaan layanan lebih rasional.

Contoh Kasus

- a. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia: Menyediakan layanan kesehatan berbasis asuransi untuk seluruh rakyat melalui BPJS.
- b. Pasar Obat Generik vs. Obat Merek: Kompetisi antara produsen obat generik dan obat bermerek menciptakan variasi harga, tetapi regulasi pemerintah mendorong penggunaan obat generik untuk menekan biaya.

Ekonomi pasar kesehatan adalah sistem yang kompleks, dan keberhasilannya sering kali tergantung pada keseimbangan antara mekanisme pasar dan intervensi pemerintah untuk memastikan akses, kualitas, dan keberlanjutan layanan kesehatan.

Kaitan Ekonomi Pasar dengan Sektor Kesehatan di Indonesia

Dalam konteks ekonomi pasar, sektor kesehatan Indonesia menghadapi dinamika khusus, terutama dalam hal bagaimana prinsip ekonomi pasar diterapkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Berikut adalah beberapa poin utama:

1. Persaingan Antara Pelaku Layanan Kesehatan:
 - a. Sektor swasta bersaing dengan sektor publik dalam menyediakan layanan kesehatan. Misalnya, rumah sakit swasta sering kali menawarkan layanan yang lebih cepat atau fasilitas premium, tetapi dengan biaya lebih tinggi.
 - b. Kompetisi ini dapat mendorong inovasi, efisiensi, dan peningkatan kualitas layanan. Namun, tanpa regulasi yang memadai, persaingan ini juga bisa meningkatkan ketidaksetaraan akses.
2. Aksesibilitas vs. Profitabilitas:
 - a. Dalam sistem ekonomi pasar, pelaku swasta sering kali memprioritaskan profitabilitas. Ini dapat menyebabkan

kesenjangan dalam akses layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil atau untuk kelompok masyarakat berpenghasilan rendah.

- b. Program pemerintah seperti JKN bertujuan mengurangi ketimpangan ini, tetapi masih menghadapi tantangan seperti defisit anggaran BPJS dan layanan yang tidak merata.
3. Inovasi dan Investasi di Sektor Kesehatan:
 - a. Ekonomi pasar mendorong investasi dalam teknologi kesehatan, obat-obatan baru, dan penelitian medis. Di Indonesia, sektor farmasi dan alat kesehatan berkembang pesat karena permintaan yang tinggi.
 - b. Namun, banyak teknologi kesehatan dan obat-obatan masih harus diimpor, meningkatkan ketergantungan pada pasar global.
 4. Regulasi Pemerintah:
 - a. Pemerintah memainkan peran penting dalam menjaga keseimbangan antara pasar dan kebutuhan publik. Misalnya, pengaturan harga obat esensial dan tarif layanan kesehatan bertujuan mencegah eksploitasi pasar.
 5. Tantangan Ketimpangan:
 - a. Ekonomi pasar cenderung memperbesar kesenjangan antara kelompok masyarakat kaya dan miskin dalam mengakses layanan kesehatan. Sementara masyarakat mampu dapat mengakses layanan premium, kelompok berpenghasilan rendah sering kali bergantung pada layanan pemerintah yang kadang terbatas kualitasnya.

Kesimpulan

Ekonomi pasar memberikan peluang dan tantangan bagi sektor kesehatan di Indonesia. Di satu sisi, mekanisme pasar dapat mendorong inovasi, efisiensi, dan kualitas layanan. Namun, tanpa regulasi dan intervensi pemerintah yang efektif, sektor kesehatan

dapat menjadi terlalu berorientasi pada keuntungan, sehingga menciptakan ketimpangan akses. Oleh karena itu, peran pemerintah sangat krusial dalam memastikan bahwa prinsip ekonomi pasar dapat berjalan seimbang dengan tujuan pemerataan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Ekonomi pasar memberikan banyak manfaat dalam pengelolaan sumber daya, tetapi tidak selalu mampu memenuhi kebutuhan sektor kesehatan yang kompleks. Oleh karena itu, peran pemerintah menjadi sangat penting dalam memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa diskriminasi. Melalui regulasi, subsidi, dan penyediaan layanan publik, pemerintah dapat mengatasi keterbatasan ekonomi pasar sekaligus menjaga keseimbangan antara efisiensi dan keadilan. Dengan demikian, kolaborasi antara sektor publik dan swasta diperlukan untuk mencapai sistem kesehatan yang berkelanjutan dan inklusif.

Referensi

- Smith, A. (1776). *The Wealth of Nations*. London: W. Strahan and T. Cadell.
- Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- WHO. (2020). *World Health Report 2020: Health Systems Financing*. Geneva: World Health Organization.
- BPJS Kesehatan. (2022). *Laporan Tahunan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Reinhardt, U. E. (2000). "Health Care in a Global Context." *Health Affairs*, 19(3), 151-162.



PERILAKU KONSUMEN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN KESEHATAN

Oleh: A. Karlina Askarini Makkasau, SKM., M.K.M.

7.1. Teori Perilaku Konsumen

Dalam memahami hal terkait dengan perilaku konsumen pelayanan Kesehatan terlebih dahulu perlu dipahami penjelasan tentang apa itu perilaku konsumen. Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan (Natoadmodjo, 2014), sedangkan menurut Skinner (1938) seseorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) tanggapan atau respon.

Kotler (2003), menerjemahkan bahwa beberapa factor yang mempengaruhi pemanfaatan oleh konsumen. Factor pertama adalah Marketing Stimuli, factor ini terdiri dari product, price, place, dan promotion. Factor kedua adalah stimuli lain yang terdiri dari technological, political, cultural. Dua factor ini akan masuk dalam buyer box yang terdiri dari buyer characteristic yang memiliki variable cultural, social, personal, dan psychological serta buyer decision process yang merupakan proses yang terjadi saat seseorang memutuskan untuk mengkonsumsi suatu produk.

Menurut Kottler (2005), perilaku konsumen adalah studi tentang bagaimana individu, kelompok, dan organisasi memilih, membeli, menggunakan, dan bagaimana barang, jasa, ide, atau pengalaman untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan mereka. Menurut Ujang (2018) The American Marketing Association mendefinisikan bahwa perilaku konsumen adalah proses membagi interaksi dinamis dari pengaruh dan kesadaran, perilaku dan lingkungan Dimana seseorang melakukan pertukaran aspek kehidupannya.

Schiffman dan Kanuk (2000) mendefinisikan perilaku konsumen sebagai berikut: "The term consumer behavior refers to the behavior that consumer display in searching for purchasing, using, evaluating, and disposing in searching for purchasing, using, evaluating, and disposing of products and services that they expect will satisfy their needs" (yang artinya istilah perilaku konsumen diartikan sebagai perilaku yang diperlihatkan oleh konsumen dalam mencari, membeli, menggunakan, mengevaluasi dan menghabiskan produk dan jasa yang mereka harapkan akan memuaskan kebutuhan mereka.

Ada beberapa pengertian perilaku konsumen yang dikemukakan oleh para ahli diantaranya adalah menurut Mangkunegara (2002) perilaku konsumen adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu, kelompok atau organisasi yang berhubungan dengan proses pengambilan Keputusan dalam mendapatkan, menggunakan barang-barang atau jasa ekonomis yang dapat dipengaruhi lingkungan.

Menurut Hasan (2013) perilaku konsumen adalah studi proses yang terlibat ketika individua tau kelompok memilih, membeli, menggunakan atau mengatur produk, jasa, idea atau pengalaman untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan konsumen, sedangkan menurut Sunyoto (2012) perilaku konsumen (consumer behavior) dapat diartikan sebagai kegiatan-kegiatan individu yang secara langsung terlibat dalam mendapatkan dan mempergunakan barang-

barang atau jasa termasuk didalamnya proses pengambilan Keputusan pada persiapan dalam penentuan kegiatan-kegiatan tersebut.

Berdasarkan teori yang dikemukakan para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku konsumen adalah tindakan tentang bagaimana individu, kelompok dan organisasi memilih, membeli, menggunakan, mengevaluasi dan bagaimana barang, jasa, ide atau pengalaman untuk memuaskan kebutuhan dan keinginan mereka termasuk proses pengambilan keputusan. Studi perilaku konsumen terpusat pada cara individu mengambil Keputusan untuk memanfaatkan sumber daya mereka yang tersedia (waktu, uang, usaha) guna membeli barang-barang yang berhubungan dengan konsumsi.

Perilaku konsumen dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor penting yang harus diketahui oleh suatu Perusahaan. Menurut Kotler dan Keller (2016), faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pembelian konsumen ada tiga yaitu faktor budaya, faktor social, dan faktor pribadi, dengan penjelasan dibawah :

a. Faktor Budaya (*Culture Factor*)

Faktor budaya berpengaruh luas dan mendalam terhadap perilaku konsumen, factor ini terdiri dari budaya (*culture*) itu sendiri dan sub-budaya (*sub-culture*).

b. Faktor Sosial (*Social Factor*)

Selain factor budaya, factor social seperti kelompok referensi, keluarga, serta peran social dan status turut mempengaruhi dalam perilaku pembelian.

c. Faktor Pribadi (*Personal Factor*)

Keputusan pembelian konsumen juga dipengaruhi oleh karakteristik pribadi. Factor pribadi ini terdiri dari usia dan tahap siklus hidup, pekerjaan dan lingkungan ekonomi, kepribadian dan konsep diri, gaya hidup.

d. Faktor Psikologis

Pilihan pembelian seseorang dipengaruhi pula oleh empat factor psikologis utama, yaitu motivasi, persepsi, proses belajar, kepercayaan dan sikap.

7.2. Proses Pengambilan Keputusan Konsumen

Pengambilan Keputusan merupakan sebuah proses yang terdiri dari beberapa tahap, yaitu pengenalan kebutuhan, pencarian informasi, evaluasi alternatif sebelum pembelian, konsumsi dan evaluasi alternatif sesudah pembelian (Engel, 2000). Menurut Engel (2000) bahwa proses pengambilan Keputusan mengacu pada Tindakan konsistensi dan cara bijaksana yang dapat dengan cepat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan. Pengambilan Keputusan membeli merupakan Keputusan konsumen tentang apa yang akan dibeli, Dimana akan dilakukan, kapan akan dilakukan dan bagaimana pembelian akan dilakukan (Laudon & Bitta, 2000).

Proses pengambilan Keputusan membeli mengacu pada Tindakan konsistensi dan bijaksana yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan. Pengambilan Keputusan membeli merupakan Keputusan konsumen tentang apa yang hendak dibeli, berapa banyak yang akan dibeli, Dimana akan dilakukan, kapan akan dilakukan dan bagaimana pembelian akan dilakukan juga mengemukakan bahwa proses Keputusan pembelian merupakan tahap-tahap yang dilalui pembeli dalam menentukan pilihan tentang produk dan jasa yang dibeli.

Engel (2000) mengatakan bahwa proses Keputusan konsumen merupakan hal penting yang dilakukan konsumen dalam membeli suatu produk. Proses Keputusan konsumen merupakan suatu kegiatan yang penting karena dalam proses tersebut memuat berbagai Langkah yang terjadi secara berurutan sebelum konsumen mengambil Keputusan. Terdapat beberapa tahapan seseorang konsumen dalam melakukan Keputusan membeli sebagai berikut :

- 1) Pengenalan Masalah (*Problem Recognition*)

Proses pembelian oleh konsumen diawali sejak pembeli mengenali kebutuhan atau masalah. Kebutuhan tersebut dapat ditimbulkan oleh rangsangan internal atau eksternal. Rangsangan internal, terjadi pada salah satu kebutuhan umum seseorang (seperti lapar dan haus) telah mencapai ambang batas tertentu dan mulai menjadi pendorong.

Konsumen akan mencari informasi tentang produk atau merek tertentu dan mengevaluasi Kembali seberapa baik masing-masing alternatif tersebut agar dapat memenuhi kebutuhannya. Pengambilan Keputusan terjadi bila ada kepentingan khusus bagi konsumen, atau Keputusan yang membutuhkan Tingkat keterlibatan tinggi.

2) Pencarian Informasi (*Information Search*)

Setelah konsumen yang terangsang kebutuhannya, konsumen akan terdorong untuk mencari informasi yang lebih banyak. Orang lebih peka terhadap informasi produk. Pencarian informasi dapat bersifat aktif atau pasif, internal atau eksternal, pencarian yang bersifat aktif dapat berupa kunjungan terhadap beberapa toko untuk membuat perbandingan harga dan kualitas produk, sedangkan pencarian informasi pasif hanya dengan membaca iklan dimajalah atau surat kabar tanpa mempunyai tujuan khusus tentang Gambaran produk yang diinginkan.

Selanjutnya, orang mulai aktif mencari informasi, bertanya kepada teman mendatangi toko untuk mencari tahu atau membuka-buka internet untuk membandingkan spesifikasi dan harga barang, pencarian internal ke memori untuk menentukan Solusi yang memungkinkan. Jika pemecahannya tidak dapat diperoleh melalui pencarian internal, maka proses pencarian difokuskan pada stimulus

eksternal yang relevan dalam menyelesaikan masalah (pencarian eksternal). Jika dorongan konsumen adalah kuat, dan objek yang dapat memuaskan kebutuhan itu tersedia, konsumen akan membeli objek itu.

3) Evaluasi Alternatif (*Alternative Evaluation*)

Setelah melakukan pencarian informasi sebanyak mungkin tentang banyak hal, selanjutnya konsumen harus melakukan penilaian tentang beberapa alternatif yang ada dan menentukan Langkah selanjutnya. Evaluasi mencerminkan keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perilaku pembelian mereka. Keyakinan (*belief*) adalah gambaran pemikiran yang dianut seseorang tentang gambaran sesuatu. Keyakinan seseorang tentang produk atau merek mempengaruhi Keputusan pembelian mereka. Tak kalah pentingnya dengan keyakinan adalah sikap. Sikap (*attitude*) adalah evaluasi, perasaan emosi, dan kecenderungan Tindakan yang menguntungkan dan bertahan lama pada seseorang pada objek atau gagasan tertentu (Spector, 2000 dalam Kotler dan Keller, 2007).

Evaluasi alternatif terdiri dari dua tahap, yaitu menetapkan tujuan pembelian dan menilai serta mengadakan seleksi terhadap alternatif pembelian berdasarkan tujuan pembeliannya. Setelah konsumen mengumpulkan informasi mengenai jawaban alternatif terhadap suatu kebutuhan, maka konsumen akan mengevaluasi pilihan dan menyederhanakan pilihan pada alternatif yang diinginkan.

4) Keputusan Pembelian (*Purchase Decision*)

Setelah tahap-tahap tadi dilakukan, sekarang saatnya bagi pembeli untuk menentukan pengambilan Keputusan pengambilan Keputusan apakah jadi membeli atau tidak. Jika Keputusan menyangkut jenis produk, bentuk produk, merek,

penjual, kualitas dan sebagainya. Pengambilan Keputusan untuk membeli suatu produk atau jasa, konsumen dapat melakukan evaluasi untuk melakukan pemilihan produk atau jasa. Evaluasi dan pemilihan yang digunakan akan menghasilkan suatu keputusan.

5) Perilaku Pasca Pembelian (*Post-Purchase Behaviour*)

Konsumen akan membandingkan produk atau jasa yang telah ia beli, dengan produk atau jasa lain. Hal ini dikarenakan konsumen mengalami ketidakcocokan dengan fasilitas-fasilitas tertentu pada barang yang telah ia beli, atau mendengar keunggulan tentang merek lain. Perilaku ini mempengaruhi pembelian ulang dan juga mempengaruhi ucapan-ucapan pembeli kepada pihak lain tentang produk Perusahaan.

Berdasarkan uraian diatas, tahapan proses pengambilan Keputusan membeli terdiri dari enam tahapan yaitu diawali dengan tahapan pengenalan kebutuhan, kemudian ke tahapan kedua pencarian informasi dan penilaian sumber-sumber, dilanjutkan ke tahapan ketiga evaluasi alternatif, selanjutnya ke tahapan keempat Keputusan untuk membeli, tahapan kelima konsumsi dan diakhiri dengan tahapan perilaku setelah pembelian.

7.3. Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung. Sedangkan, pengertian pelayanan dan kamus besar Bahasa Indonesia adalah menolong menyediakan secara apa yang diperlukan orang lain seperti tamu atau pembeli. Menurut Koltler, pelayanan adalah aktivitas atau hasil yang dapat ditawarkan oleh sebuah Lembaga kepada pihak lain yang biasanya

tidak kasat mata dan hasilnya tidak dapat dimiliki oleh pihak lain tersebut.

Secara umum pelayanan dapat diartikan dengan melakukan perbuatan yang hasilnya ditujukan untuk kepentingan orang lain, baik perorangan maupun kelompok atau masyarakat. Menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2003 disebutkan bahwa “Pelayanan adalah segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah dipusat, didaerah, dan lingkungan badan usaha milik negara/daerah dalam bentuk barang atau jasa dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ada tiga karakteristik utama dari pelayanan Kesehatan menurut Evans (1984), yaitu :

1. *Uncertainty*

Ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan Kesehatan tidak bisa pasti, baik waktu, tempat maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Dengan ketidakpastian ini sulit bagi seseorang untuk menganggarkan biaya untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatannya.

2. *Asymmetry of Information*

Perbedaan informasi antar provider dan pasien menunjukkan bahwa konsumen pelayanan berada pada posisi yang lemah sedangkan provider (dokter dan petugas Kesehatan lainnya) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang dijualnya. Konsumen tahu berapa harga pasar, apa manfaat yang dinikmatinya, bagaimana kualitas berbagai layanan dan seberapa besar kebutuhannya.

Sifat *asymmetry* ini memudahkan timbulnya *supply induce demand creation* yang menyebabkan keseimbangan

pasar tidak bisa tercapai dalam pelayanan Kesehatan. Maka jangan heran jika dalam pelayanan Kesehatan supply meningkat dan tidak menurunkan harga dan kualitas meningkat, yang justru sebaliknya yaitu peningkatan harga dan penurunan kualitas (pemeriksaan yang tidak perlu).

3. *Externality*

Menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan Kesehatan tidak saja mengenai pasien melainkan juga public. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai resiko besar pada bukan perokok, akibat dari ciri ini, pelayanan Kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuk. Oleh karena pembiayaan pelayanan Kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri, akan tetapi perlunya digalang tanggung jawab Bersama (public). Ciri unik ini dikemukakan oleh beberapa ahli ekonomi Kesehatan. (Fedstein ,1993).

Adapun tipe konsumen dalam pelayanan jasa termasuk jasa pelayanan Kesehatan adalah:

1. *The Decide Customer*

Tipe konsumen yang seolah-olah mengetahui segalanya tentang produk jasa pelayanan Kesehatan, dialah yang bercerita pada tenaga Kesehatan walaupun apa yang diceritakannya itu tidak seluruhnya benar. Untuk menghadapi konsumen tipe ini, jasa pelayanan Kesehatan tidak perlu membantah apa yang konsumen ceritakan, tapi berikan keterangan-keterangan produk jasa yang tepat secara bijaksana, hal ini bisa mempengaruhi sikap konsumen tersebut.

2. *The Know it all Customer*

Tipe konsumen yang menghendaki fakta-fakta tentang produk jasa termasuk cara-cara pemanfaatan jasa yang akan dipakainya. Tipe konsumen semacam ini memerlukan waktu

untuk mempertimbangkan setiap pembeliannya. Untuk menghadapi konsumen tipe ini, jasa pelayanan Kesehatan harus mempercepat proses Keputusan pembelian, salah satu contohnya dengan memberikan rekomendasi produk jasa tidak lebih dari 3, agar konsumen tersebut bisa cepat memilih produk jasa yang akan dimanfaatkannya.

3. *The Deliberate Customer*

Tipe konsumen yang menghendaki fakta-fakta tentang produk jasa termasuk cara-cara pemanfaatan jasa yang akan dipakainya. Tipe konsumen semacam ini memerlukan waktu untuk mempertimbangkan setiap pembeliannya. Untuk menghadapi konsumen tipe ini, jasa pelayanan Kesehatan harus mempercepat proses Keputusan pembelian. Salah satu contohnya dengan memberikan rekomendasi produk jasa tidak lebih dari 3 agar konsumen tersebut bisa cepat memilih produk jasa yang akan dimanfaatkannya.

4. *The Undicide Customer*

Tipe konsumen yang sulit dalam menentukan tipe pelayanan Kesehatan yang akan dimanfaatkannya. Untuk menghadapi konsumen tipe ini adalah dengan bertanya apa yang akan dibutuhkan, lalu arahkan perhatiannya pada produk jasa pelayanan yang sesuai dan yakinkan konsumen tersebut untuk mengambil Keputusan pembelian.

5. *The Talkactive Customer*

Tipe konsumen terencana namun saat pemanfaatan mereka memilih produk jasa yang tidak sesuai dengan maksud penggunaannya. Untuk menghadapinya, tenaga Kesehatan bisa melayani obrolan tersebut lalu mengarahkan pembicaraan sedikit demi sedikit ke arah pemanfaatan.

6. *The Silent Timid Customer*

Tipe konsumen yang merasa canggung dan merasa takut jika kekurangan pengetahuan tentang jasa pelayanan Kesehatan yang ingin dimanfaatkan. Untuk menghadapi konsumen tipe ini, tenaga Kesehatan jangan menunjukkan kesan bahwa konsumen ini tidak mengetahui apa-apa tentang suatu barang. Berikan penjelasan produk jasa secara bijaksana.

7. *The Decided but Mistaken Customer*

Tipe konsumen terencana namun saat pemanfaatan mereka memilih produk jasa yang tidak sesuai dengan maksud penggunaannya. Untuk menghadapi konsumen tipe ini, tenaga Kesehatan perlu menyarankan penggunaan dan manfaat dari produk jasa tersebut dan merekomendasikan jasa pelayanan Kesehatan yang seharusnya dimanfaatkan.

8. *The I get Discount Customer*

Tipe konsumen yang selalu menghendaki potongan harga dari barang yang dibeli. Untuk menghadapinya, tenaga Kesehatan perlu menawarkan produk jasa yang sedang memiliki potongan harga lalu menginformasikan waktu Ketika organisasi pelayanan Kesehatan Kesehatan mengadakan diskon.

Akhirnya dalam memahami perilaku konsumen pelayanan kesehatan juga diperlukan pemahaman afektif, kognitif dan kognatif. Afektif ialah emosi atau perasaan terhadap suatu produk atau merk tertentu. Emosi dan perasaan terutama mempunyai hakikat evaluatif, yaitu apakah konsumen suka atau tidak terhadap produk tertentu.

Kognitif adalah pengetahuan dan persepsi yang diperoleh melalui kombinasi dari pengalaman langsung dengan objek sikap dan informasi terkait yang didapat dari berbagai sumber. Komponen ini sering kali dikenal sebagai keyakinan atau kepercayaan sehingga konsumen yakin bahwa suatu objek sikap memiliki atribut-atribut tertentu dan perilaku tertentu akan menjurus ke akibat atau hasil

tertentu. Kognatif ialah kecenderungan seseorang untuk melaksanakan suatu tindakan dan perilaku dengan cara tertentu terhadap suatu obyek sikap. Dalam pemasaran dan penelitian konsumen, komponen kognatif lazimnya diperlakukan sebagai ekspresi niat konsumen untuk membeli atau menolak suatu produk.

7.4. Memahami Perilaku Konsumen dalam Pelayanan Kesehatan

Pemahaman atas perilaku konsumen merupakan kunci sukses pemasaran. Sesuai dengan otoritas pemasaran, aktivitas dan program pemasaran dimulai dengan identifikasi kebutuhan dan keinginan pelanggan, sehingga diakhiri dengan terwujudnya Keputusan dan loyalitas pelanggan. Memahami perilaku konsumen dan mengenal pelanggan tidak pernah sederhana tetapi bagaimana Perusahaan harus mampu menelaah dan memahami preferensi dan perilaku konsumen sasaran secara menyeluruh, kemudian memanfaatkan pemahaman itu dalam merancang, mengkomunikasikan dan menyampaikan program pemasaran secara lebih efektif dibandingkan para pesaing.

Dalam disiplin ilmu ekonomi terdapat 3 (tiga) pendekatan untuk mengenali perilaku konsumen, pendekatan-pendekatan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pendekatan Interpretif

Pendekatan ini adalah pendekatan yang membahas secara mendalam hal-hal mendasar mengenai perilaku konsumen. Dalam pendekatan ini menggunakan Teknik observasi langsung yaitu menggunakan Teknik wawancara yang dilakukan secara mendalam dan menyeluruh. Selain wawancara, pendekatan ini juga mengutamakan *focus group discussion*. Semua hal tersebut dilakukan untuk mendapatkan Kesimpulan mengenai makna suatu produk atau jasa bagi konsumen, serta perasaan yang dialami konsumen Ketika

membeli kemudian menggunakan produk maupun jasa tersebut.

2. Pendekatan Tradisional yang didasari pada teori dan metode dari Ilmu Psikologi Kognitif Sosial dan Behavioral serta Ilmu Sosiologi.

Pendekatan ini merupakan studi lapangan berupa eksperimen yang didukung dengan survey dengan tujuan untuk menguji hipotesa penelitian yang berkaitan dengan teori. Kemudian dicari sebuah pemahaman mengenai proses seorang konsumen menganalisa beberapa informasi, membuat Keputusan, dan pengaruh lingkungan social terhadap perilaku konsumen tersebut. Tujuan utama dari pendekatan ini adalah untuk mengembangkan teori dan metode yang relative, yang mana akan digunakan untuk menjelaskan perilaku konsumen serta pembuatan Keputusan konsumen.

3. Pendekatan Sains Pemasaran yang didasari pada teori dan metode dari Ilmu Ekonomi dan Statistika.

Penelitian dalam pendekatan ini menggunakan pengembangan teori dari Abraham Maslow yaitu Teori Hierarki Kebutuhan Maslow. Teori tersebut berisi tentang hierarki kebutuhan manusia yang kemudian diuji coba dengan model Ilmu Matematika. Pendekatan ini dilakukan untuk memprediksi *moving rate analysis* atau pengaruh strategi marketing jika dilihat dari tingkatan maupun sudut pandang analisis yang berbeda-beda.

Ketiga pendekatan diatas dapat digunakan oleh suatu pemilik bisnis atau Perusahaan, baik dengan menggunakan salah satu dari pendekatan tersebut maupun dengan menggunakan ketiga pendekatan sekaligus. Semuanya tergantung dari jenis-jenis masalah yang dihadapi oleh masing-masing bisnis dan suatu Perusahaan.

Perilaku konsumen merupakan suatu Tindakan perorangan dalam memperoleh, menggunakan serta membuang barang dan jasa ekonomi, termasuk proses pengambilan Keputusan sebelum menetapkan tindakan. Perusahaan menganggap produk mereka mempunyai kualitas yang sempurna dan karenanya mereka memastikan konsumen akan sangat berminat membelinya.

Menurut Natoadmodjo (2000) menyatakan perilaku konsumen pelayanan Kesehatan adalah respon seseorang terhadap system pelayanan Kesehatan baik system pelayanan Kesehatan modern maupun Kesehatan tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan Kesehatan, cara pelayanan, petugas Kesehatan, dan obat-obatannya yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.

Referensi

- Amrullah (2002). Perilaku Konsumen. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Azwar, S (2009). Metode penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Dakhi, Rahmat Alyakin (2020). Perilaku Konsumen Pelayanan Kesehatan. Modul Perkuliahan. Universitas Sari Mutiara Indonesia
- Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W (1995). *Consumer Behavior*. Edisi ke-8. Orlando, Florida: The Dryden Press.
- Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W (2004). Perilaku Konsumen (terjemahan). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kotler, Philip (2000). Prinsip-Prinsip Pemasaran Manajemen,. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia
- Kotler, Philip dan Armstrong, Gari (2008). Dasar-Dasar Pemasaran. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Kotler, Philip, Armstrong, Gary (2018). Principles of Marketing. 17th edition. United Kingdom: Pearson Education Limited.

- Kotler, Phillip dan Kevin Lane Keller (2016). Manajemen Pemasaran. Edisi 12 Jilid 1 & 2. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Mowen, John C dan Michael Minor (2006). Perilaku Konsumen (terjemahan). Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Nugraha, Jefri Putri, dkk (2021). Teori Perilaku. Penerbit NEM.
- Nugroho (2003). Perilaku Konsumen: Konsep dan Implikasi untuk Strategi dan Penelitian Pemasaran. Kencana Prenada Media Group. Jakarta
- Schiffman L.G., Kanuk L.L (2000). Consumer Behavior. Edisi ke-7. New Jersey: Prentice Hall
- Sunyoto, D (2012). Manajemen Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: CAPS.
- Tjipto, F (2000). Perspektif Manajemen dan Pemasaran Kontemporer. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Hukum Perlindungan Konsumen.



ASURANSI KESEHATAN: KONSEP DAN APLIKASI

Oleh: Andi Nahdaniar Jemma, SKM., M.Adm., Kes.

8.1. Konsep Asuransi Kesehatan

Asuransi Kesehatan sudah seringkali menjadi pembicaraan hangat di Masyarakat, baik Masyarakat yang terjun langsung menangani permasalahan asuransi dalam hal ini pegawai rumah sakit, Puskesmas dan juga yang bekerja pada kantor Asuransi Kesehatan, dan juga Masyarakat yang menjadi penerima layanan tersebut dalam hal ini pasien. Banyak permasalahan yang seringkali timbul dan menjadi topik yang hangat, seperti halnya yang terbaru ini terkait dengan keluarnya Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, ada beberapa hal yang baru yang pada Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, yang belum dipahami oleh Masyarakat umum, sehingga diperlukan adanya sosialisasi langsung ke Masyarakat, untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman atas apa yang ada di dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tersebut.

Konsep asuransi kesehatan dan aplikasi asuransi kesehatan di masyarakat seharusnya sama, namun pada kenyataannya masih banyak masyarakat yang belum memahami, apa dan bagaimana asuransi kesehatan dapat dipergunakan oleh masyarakat dan

bagaimana masyarakat dapat memahami dan mengikuti informasi terkait perubahan-perubahan apa yang ada pada asuransi kesehatan tersebut.

Sebelum kita membahas lebih dalam tentang apa konsep asuransi kesehatan, alangkah baiknya jika kita memahami terlebih dahulu apa itu Asuransi. Menurut Undang-undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, yang mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang menjadi tanggungan.

Konsep asuransi kesehatan adalah perjanjian antara pemegang polis dan perusahaan asuransi untuk mengganti biaya kesehatan yang tidak terduga. Asuransi kesehatan bekerja berdasarkan konsep risiko, yaitu memindahkan risiko dari individu ke kelompok.

Berdasarkan definisi konsep asuransi kesehatan, dapat kita lihat bahwa harus ada perjanjian antara pemegang polis dan Perusahaan asuransi terkait pergantian biaya kesehatan yang tidak terduga. Untuk asuransi kesehatan yang bersifat swasta, dalam hal ini asuransi kesehatan yang bersifat komersil mungkin dapat menerapkan konsep dari asuransi kesehatan ini, karena semua jenis layanan yang akan diterima oleh pemegang polis, semua tertuang dalam polis yang dipegang oleh nasabah asuransi tersebut, dan itulah yang dijadikan sebagai acuan dari manfaat asuransi kesehatan tersebut, tapi bagaimana dengan asuransi kesehatan, yang seringkali mengalami perubahan kebijakan dalam memberikan pelayanan kepada Masyarakat, tentunya definisi dari konsep asuransi kesehatan tidaklah

dapat digunakan.

Asuransi Kesehatan memang seringkali memiliki banyak *polemic*, namun tentunya memiliki asuransi Kesehatan merupakan salah satu hal yang sangatlah penting, hal ini dikarenakan ada beberapa manfaat dari asuransi Kesehatan, diantaranya yaitu:

- a. Asuransi Kesehatan mendekatkan akses Masyarakat ke pelayanan Kesehatan.

Skema asuransi Kesehatan biasanya menawarkan *benefit* atau manfaat berupa kepastian pengobatan kepada pihak yang bertanggung ataupun penggantian biaya Kesehatan yang dikeluarkan oleh pihak bertanggung. *Benefit* atau manfaat tersebut akan mendorong atau mendekatkan pihak bertanggung dengan pelayanan Kesehatan.

- b. Asuransi mengubah peristiwa tidak pasti menjadi pasti dan terencana

Terdapat sebuah istilah yang berkembang di masyarakat “setiap orang pasti akan sakit” dan “setiap orang pasti akan mati”. Istilah tersebut menjelaskan bahwa kejadian sakit dan kematian merupakan hal yang akan dialami oleh setiap orang. Akan tetapi tidak ada orang yang mengetahui kapan kejadian tersebut akan terjadi. Asuransi merupakan jawaban dari ketidakpastian tersebut, asuransi dapat menjadi Solusi atau rencana yang dapat digunakan oleh Masyarakat untuk memastikan bahwa ia akan mendapat perlindungan yang lumrahnya dalam bentuk kepastian pelayanan Kesehatan dan penggantian kerugian ekonomi saat kejadian sakit dan kematian tersebut terjadi.

- c. Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan menjadi risiko kelompok

Asuransi adalah salah satu bentuk gotong royong, hal ini dikarenakan asuransi merangkum risiko atau *risk pooling* yang dimiliki perorangan menjadi risiko sekelompok orang. seluruh

risiko tersebut menyebabkan terjadinya subsidi silang dalam kelompok tersebut, yang sehat membantu yang sakit, yang tua membantu yang muda, yang kaya membantu yang miskin ataupun sebaliknya.

Terdapat beberapa prinsip dalam asuransi, prinsip-prinsip tersebut antara lain adalah:

a. *Uncertainty of loss*

Prinsip *Uncertainty of loss* atau ketidakpastian kerugian berkaitan dengan waktu dan besar kerugian yang akan dialami oleh pihak tertanggung. Pihak tertanggung yang bergabung ke dalam skema asuransi belum mengetahui bentuk dan besar kerugian yang akan dialaminya pada masa yang akan datang, sehingga ia memilih asuransi sebagai bentuk proteksi atau perlindungan dari risiko tersebut. Seseorang yang bergabung ke dalam asuransi Kesehatan tertentu setelah mengetahui jenis kerugian yang mungkin akan menimpa dirinya merupakan suatu bentuk pelanggaran dalam prinsip asuransi.

b. *Measurability of loss*

Prinsip *Measurability of loss* atau kerugian yang dapat diukur adalah besarnya kerugian yang ditimbulkan dari risiko atau kejadian yang tidak diinginkan tersebut haruslah dapat diperhitungkan secara akurat. Dalam asuransi Kesehatan, kejadian sakit yang dialami oleh seseorang yang harus dapat diperjelas atau diterangkan dengan Lokasi penyakit, waktu kejadian, jenis penyakit, tempat dan jenis perawatan serta besar biaya yang diperlukan, hal ini berkaitan dengan penggantian kerugian yang akan diberikan oleh pihak penanggung kepada pihak tertanggung sebagaimana yang tertuang dalam perjanjian atau polis yang telah disepakati. Sedangkan untuk hal yang tidak dapat diukur, misalnya rasa sakit yang dialami oleh tertanggung, pihak asuradur tidak dapat memberikan kompensasi dikarenakan rasa sakit bersifat

sangat subyektif.

c. *A large number of insureds (law of the large number)*

Law of the large number atau hukum bilangan besar berkaitan dengan kemampuan finansial sebuah Perusahaan asuransi. Semakin besar atau semakin banyak Masyarakat yang bergabung dalam skema asuransi tersebut maka akan semakin tinggi Tingkat akurasi prediksi biaya yang dibutuhkan untuk menjamin risiko dan akan semakin tinggi Tingkat efisiensi pelayanan yang didapatkan. Asuransi membutuhkan peserta dalam jumlah yang besar agar nantinya risiko dapat didistribusikan secara luas dan merata. Prinsip ini memberikan konsekuensi makin banyak peserta, makin besar risiko yang dapat dikurangi. Asuransi Kesehatan sosial yang memiliki syarat kepesertaan wajib selalu memenuhi prinsip hukum bilangan besar ini.

d. *Significant size of potential loss*

Prinsip *Significant size of potential loss* atau potensi kerugian cukup besar berkaitan dengan besarnya kerugian yang mungkin ditimbulkan saat risiko atau kejadian tidak diinginkan tersebut terjadi dialami oleh pihak tertanggung.

e. *An equitable method of sharing the risk*

Prinsip ini berkaitan dengan pembagian risiko secara adil. Untuk risiko yang memiliki potensi terjadi lebih besar biasanya akan memiliki biaya premi yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan risiko yang potensi kejadiannya lebih sedikit.

Selain prinsip-prinsip tersebut, penyelenggaraan asuransi juga memiliki kekhasan tersendiri, terutama asuransi Kesehatan. Berikut adalah kekhasan yang dimiliki dalam asuransi Kesehatan.

a. Asimetri Informasi

Asimetri informasi berkaitan dengan ketidakseimbangan informasi yang dimiliki oleh penyedia pelayanan Kesehatan dan pasien atau pengguna jasa pelayanan. Ketidakseimbangan

informasi di antara kedua belah pihak tersebut dapat memicu timbulnya *supply induced demand* atau pemberian pelayanan yang melebihi dari apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh pasien sehingga mendorong tingginya biaya pelayanan yang harus dibayarkan.

b. *Moral Hazard*

Moral hazard merupakan hazard yang ditimbulkan oleh Tindakan yang kurang hati-hati sehingga menimbulkan kerugian. *Moral hazard* dalam Kesehatan berkaitan dengan perilaku peserta maupun penyedia pelayanan Kesehatan yang menyebabkan biaya pelayanan Kesehatan menjadi meningkat sedemikian rupa dikarenakan konsumsi pelayanan Kesehatan lebih besar dari yang sebenarnya dibutuhkan.

c. *Cost Sharing*

Cost sharing diberlakukan untuk menghindari penggunaan pelayanan Kesehatan yang berlebihan bagi peserta (konsumen). Pada kondisi ini peserta perlu memberikan kontribusi bila menggunakan layanan kesehatan, yakni:

- 1) *Deductible* merupakan sejumlah biaya dalam suatu termin yang harus dikeluarkan oleh peserta sebelum badan penyelenggara asuransi membayar kewajibannya.
- 2) *Coinsurance* merupakan persentase biaya yang harus dibayar oleh peserta dan sisanya dibayar oleh badan penyelenggara
- 3) *Copayment* merupakan sejumlah biaya tertentu yang harus dibayar peserta, diatas jumlah tersebut baru akan diganti
- 4) Limit pertanggungsaan merupakan badan penyelenggara membayar biaya hingga jumlah tertentu dan sisanya dibayar oleh peserta

d. *Adverse Selection*

Adverse selection adalah keadaan dimana hanya peserta memiliki risiko tinggi yang membeli atau mendaftar sebagai peserta

asuransi. Cara yang dapat digunakan untuk menghindari terjadinya *adverse selection* dalam suatu skema asuransi ialah dengan mewajibkan kepesertaan bagi setiap orang membuat persyaratan minimal kepesertaan, pelaksanaan *open enrolment* yang hanya menerima calon peserta dalam satu waktu tertentu serta melaksanakan pemeriksaan medis bagi calon peserta asuransi.

e. *Cream Skimming*

Cream skimming merupakan strategi yang diterapkan oleh Perusahaan asuransi Dimana hanya calon peserta yang memiliki risiko rendah yang dapat bergabung dalam skema asuransi tersebut.

8.2. Aplikasi Asuransi Kesehatan

Asuransi Kesehatan merupakan sesuatu hal yang sangat penting dipahami oleh seluruh lapisan Masyarakat, karena jika Masyarakat memahami bagaimana proses atau alur dari Asuransi Kesehatan yang masyarakat gunakan, tentunya dapat meminimalkan permasalahan yang terjadi di masyarakat. Asuransi Kesehatan yang saat ini banyak digunakan oleh Masyarakat adalah BPJS Kesehatan atau seringkali disebut dengan JKN - KIS. Kepesertaan BPJS Kesehatan terdiri dari berbagai lapisan Masyarakat, mulai dari Pegawai Negeri Sipil (PNS), pegawai BUMN, pegawai swasta, Masyarakat yang tidak memiliki pekerjaan dan juga Masyarakat yang kurang mampu.

Mekanisme penggunaan BPJS Kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, dengan mengacu pada aturan yang telah ada. Masyarakat pada dasarnya selalu diutamakan dalam layanan Kesehatan tersebut, namun dikarenakan belum sepenuhnya Masyarakat memahami bagaimana alur pelayanan BPJS Kesehatan, sehingga seringkali Masyarakat merasa dirugikan. Sebagai Masyarakat yang menggunakan asuransi BPJS Kesehatan, tentunya harus memahami

alur pelayanan dari BPJS Kesehatan itu sendiri terlebih dahulu.

Alur pelayanan BPJS Kesehatan terbagi atas beberapa hal, diantaranya yaitu: pelayanan Kesehatan yang diberikan di Puskesmas atau Klinik Pratama, dan pelayanan Kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit. Pelayanan Kesehatan yang diberikan di Puskesmas, meliputi banyak hal, diantaranya yaitu:

- a) Pelayanan Kesehatan Umum, seperti pemeriksaan umum, konseling Kesehatan dan pemberian rujukan ke rumah sakit
- b) Pelayanan Kesehatan Gigi, seperti halnya, pemeriksaan gigi anak dan dewasa, pencabutan gigi, dan pelayanan Kesehatan gigi sekolah
- c) Pelayanan Kesehatan ibu dan anak, seperti halnya pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, imunisasi dan pelayanan Kesehatan bayi dan balita.
- d) Pelayanan Kesehatan lansia, seperti halnya perawatan Kesehatan khusus bagi kaum lanjut usia
- e) Pelayanan Kesehatan jiwa, konsultasi psikologi dan pelayanan Kesehatan jiwa
- f) Pelayanan Kesehatan lingkungan, konsultasi Kesehatan lingkungan dan klinik sanitasi
- g) Pelayanan Kesehatan kerja dan olahraga, pelayanan Kesehatan terkait dengan pekerjaan dan olahraga
- h) Pelayanan Kesehatan reproduksi, deteksi dini kanker serviks dan pelayanan Kesehatan reproduksi
- i) Pelayanan Kesehatan tradisional, pelayanan Kesehatan tradisional komplementer terintegrasi
- j) Pelayanan Kesehatan gizi, konsultasi gizi dan pelayanan Kesehatan gizi
- k) Pelayanan Kesehatan remaja, pelayanan Kesehatan remaja dan pelayanan Kesehatan peduli remaja (PKPR)

Adapun jenis pelayanan Kesehatan yang dilayani di rumah sakit

meliputi pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, dan pelayanan lain. Adapun yang termasuk di dalam pelayanan medis, adalah:

- a) Pelayanan konsultasi untuk diagnostic, pengobatan dan Tindakan operatif
- b) Pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan hematologic, kimia klinik, urin lengkap, dan imunologi
- c) Pelayanan farmasi, seperti pelayanan resep dan informasi obat
- d) Pelayanan fisioterapi

Pelayanan gawat darurat atau pertolongan darurat untuk memberikan bantuan pertama, pelayanan rawat jalan yang mendesak, perawatan sementara untuk kasus yang membutuhkan rawat inap intensif, pemberian informasi medis darurat. Adapun jenis layanan lainnya yang tersedia di rumah sakit, yaitu: instalasi radiologi, laboratorium patologi klinik dan anatomi, Bank Darah Rumah Sakit (BDRS), Kasir, Pengaduan dan pemberian Surat Keterangan Berbadan Sehat.

Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit tidaklah semua sama, dikarenakan rumah sakit terdiri dari beberapa tipe, sehingga untuk pelayanan Kesehatan juga harus berjenjang. Rumah sakit terdiri dari 4 (empat) tipe, yaitu Rumah Sakit Tipe D, Rumah Sakit Tipe C, Rumah Sakit Tipe B, dan Rumah Sakit Tipe A. selain dari 4 (empat) tipe rumah sakit ini, rumah sakit juga terdiri dari beberapa jenis, seperti, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Khusus Jiwa, Rumah Sakit Infeksi, Rumah Sakit Kanker, dan masih banyak klasifikasi rumah sakit lainnya.

Klasifikasi jenis pelayanan asuransi Kesehatan lainnya juga dilayani oleh beberapa jenis asuransi lainnya, seperti hanya dengan asuransi BPJS Ketenagakerjaan dan Asuransi Jasa Raharja. Ketiga asuransi ini memiliki fungsi atau penggunaan yang berbeda-beda, sehingga jika Masyarakat tidak mengetahui dasarnya, makanya tentunya akan terjadi kesalahpahaman. BPJS Ketenagakerjaan secara

khusus melayani karyawan swasta, dari segi kecelakaan kerja, yaitu kecelakaan pada saat bekerja, pada saat akan berangkat kerja dan juga kecelakaan pada saat pulang dari tempat kerja menuju ke rumah. Adapun asuransi Jasa Raharja, adalah asuransi yang diperuntukkan untuk kecelakaan ganda, oleh pengendara kendaraan bermotor, jika kecelakaan Tunggal, atau kecelakaan yang tidak melibatkan pihak kedua maka akan ditanggung BPJS Kesehatan. Ini adalah contoh jenis layanan atau penerapan layanan yang dibiayai oleh tiga asuransi Kesehatan yang ada di Indonesia, yang mana asuransi ini disediakan oleh pemerintah Republik Indonesia untuk seluruh lapisan Masyarakat.

Tentunya hal ini berbeda dengan Asuransi Kesehatan yang bersifat swasta atau komersial, asuransi Kesehatan komersial menyepakati hal terlebih dahulu sebelum melakukan perjanjian dengan nasabah, yang mana semua hal tersebut tertuang di dalam Polis, sehingga seluruh layanan Kesehatan yang akan didapatkan oleh Masyarakat atau nasabah asuransi Kesehatan tersebut mengacu pada semua hal yang tertuang di dalam polis asuransi.

Baik asuransi Kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, atau asuransi Kesehatan yang disediakan oleh Perusahaan atau komersil, masing-masing memiliki kelebihan dan juga kekurangan, untuk itulah kita sebagai Masyarakat harus memahami terlebih dahulu sebelum menentukan akan menggunakan asuransi Kesehatan yang disediakan oleh pemerintah atau asuransi Kesehatan komersil.

Referensi

Idris, Haerawati. (2021). Buku Asuransi Kesehatan: Konsep dan Penerapan. UPT.Penerbit dan Percetakan.



DAMPAK GLOBALISASI TERHADAP SISTEM EKONOMI KESEHATAN

Oleh: Hadriyanti, SKM., M.Kes.

9.1. Pendahuluan

9.1.1 Definisi Globalisasi

Globalisasi adalah kata yang diserap dari frasa "global" yang artinya meliputi seluruh dunia atau secara keseluruhan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) globalisasi adalah proses masuknya ke ruang lingkup dunia. Globalisasi adalah proses integrasi internasional yang mencakup berbagai aspek kehidupan, termasuk ekonomi, politik, sosial, dan kesehatan. Dalam konteks kesehatan, globalisasi mempengaruhi sistem ekonomi kesehatan melalui pertukaran teknologi, investasi, dan mobilitas tenaga kerja. Namun, dampak ini bersifat dua sisi: membawa manfaat sekaligus tantangan. Globalisasi membawa banyak kemajuan di bidang teknologi, komunikasi, informasi, dan aspek lainnya. Tapi, dampak yang ditimbulkan globalisasi tentu tidak semuanya positif, ada juga dampak negatifnya yang menjadi tantangan buat kita semua.

Jan Aart Scholte yang menyebutkan bahwa pengertian globalisasi adalah proses meningkatnya interdependensi antara aktor

negara dan non-negara pada skala global, sehingga hubungan sosial dalam suatu masyarakat secara signifikan dibentuk dan dipengaruhi dimensi hubungan sosial yang lebih luas pada skala dunia. Proses globalisasi sebenarnya sudah terjadi sangat lama sekali, terutama sejak abad ke-15 Masehi saat bangsa Eropa melakukan penjelajahan besar-besaran dengan berlayar mengarungi samudera.

Mereka kemudian bertemu bangsa lain dan melakukan penaklukan (penjajahan) di wilayah yang mereka singgahi. Ketika itu semboyan yang mengusung misi gold, glory, dan gospel atau 3G merupakan salah satu bentuk globalisasi. Di era sekarang, proses globalisasi rasanya tidak bisa dibendung atau bahkan semakin cepat penyebarannya. Ini karena kemajuan teknologi hampir di semua bidang mendukung hal tersebut. Contoh kecil globalisasi adalah seperti terkoneksi jaringan internet yang bisa menghubungkan orang dari dua kota berbeda hingga dari dua benua berbeda. Singkatnya, proses globalisasi sampai detik ini masih terus berjalan. Semua nilai kebudayaan dari bangsa lain dapat mudah diketahui dengan layanan internet. Dengan adanya globalisasi, dunia yang begitu luas dan jarak antarnegara yang jauh tidak lagi menjadi penghalang untuk saling berhubungan. Dampak globalisasi pun sangat besar. Proses globalisasi adalah didukung oleh kemajuan teknologi informasi, komunikasi, dan transportasi. Dengan adanya kemajuan tersebut hubungan antarmanusia menjadi lebih mudah. Misalnya saja, jika kamu ingin berbicara dengan temanmu di luar negeri, kamu dapat menggunakan telepon tanpa harus jauh-jauh menemuinya.

Dahulu orang berkomunikasi melalui telegram dan surat biasa yang memerlukan waktu lama. Sekarang kita dapat menggunakan internet yang lebih mudah dan cepat. Dampak globalisasi tak hanya di perkotaan, namun juga di pelosok daerah. Salah satu pengaruh

globalisasi yang terjadi di masyarakat pedesaan tanpa kita sadari yakni adanya pengaruh budaya.

9.1.2. Ciri-ciri Globalisasi

1. Batas antarnegara semakin menipis

Di dunia ini terdapat lebih dari dua ratus negara. Tiap-tiap negara memiliki wilayah dan batas negara tertentu. Oleh karena pengaruh globalisasi, batas wilayah antarnegara menjadi hal yang tidak penting lagi. Setiap orang pada zaman sekarang bisa mendapatkan informasi di luar batas negaranya. Perkembangan teknologi dan komunikasi menjadi penyebab hilangnya batas-batas negara tersebut. Sekarang orang dengan mudah dapat menghubungi kerabat atau temannya yang berada di negara lain dengan menggunakan telepon.

2. Informasi mudah menyebar

Proses globalisasi adalah penyebaran informasi menjadi lebih mudah dan cepat. Berbagai peristiwa sekecil apa pun sekarang dapat diterima di semua tempat dan oleh semua orang. Globalisasi memudahkan setiap negara dan setiap orang menunjukkan diri pada seluruh dunia. Prestasi yang dimiliki seseorang dapat dengan mudah disebarluaskan di seluruh penjuru dunia. Media yang digunakan antara lain internet dan televisi.

3. Ruang sosial semakin terbuka

Salah satu dampak globalisasi adalah terbukanya ruang sosial. Berkat kemajuan teknologi manusia dapat berkomunikasi dengan mudah. Dengan fasilitas-fasilitas yang ada kamu dapat membuka luas pergaulanmu di seluruh penjuru dunia. Dengan e-mail, chatting, telepon, dan video call kamu dapat “menjumpai” teman-temanmu, bahkan yang berada di luar negeri sekalipun. Kamu tidak perlu pergi jauh-jauh, cukup gunakan fasilitas-fasilitas tersebut, komunikasi pun lancar.

4. Pertukaran budaya

Globalisasi menyebabkan budaya asing masuk dalam budaya suatu negara dengan mudah. Dengan begitu, budaya suatu negara dapat terserap dengan mudah di negara lain.

5. Pasar semakin luas

Secara ekonomi, dampak globalisasi adalah menyebabkan hasil produksi dalam negeri dapat dijual di luar negeri. Setiap negara dapat memperoleh pasar yang jauh lebih luas. Akan tetapi, ada syaratnya, yaitu produk tersebut harus mempunyai daya saing tinggi.

Adapun Penyebab globalisasi Sebagai Berikut :

1. Perkembangan teknologi informasi dan transportasi.

Pesatnya perkembangan teknologi informasi dan transportasi membuat kegiatan jual beli antar negara menjadi lebih mudah. Kini kita bisa transaksi dengan pembeli/penjual di negara lain tanpa tatap muka lewat e-commerce.

2. Meningkatnya kerja sama internasional.

Kerja sama internasional memudahkan terjadinya transaksi antar negara, yang kemudian turut meningkatkan jumlah produk yang masuk dari luar negeri dan juga sebaliknya. Proses globalisasi pun terus terjadi lebih perdagangan internasional ini.

3. Kemudahan transportasi.

Pengiriman barang dan jasa antar negara menjadi lebih mudah sehingga banyak produk asing yang masuk dan menjadi bagian dalam kehidupan masyarakat. Tidak jarang produk asing ini kemudian diadaptasi oleh masyarakat setempat sehingga terjadi penggabungan kebudayaan.

4. Ekonomi terbuka

Perdagangan global yang terjadi saat ini dikarenakan negara-negara di dunia semakin terbuka satu sama lain sehingga terjadi pertukaran produk dari satu negara ke negara lain. Produk ini sendiri tidak lepas dari elemen dan budaya negara asalnya, yang kemudian bisa saja mempengaruhi negara lain. Misalnya produk kecantikan asal Korea yang mengandung bahan-bahan yang tidak umum ditemukan di Indonesia, namun karena popularitas produk kecantikan ini membuat anggapan “cantik ala Korea” banyak diadaptasi oleh produk-produk lokal.

Globalisasi memberi dua dampak dalam kehidupan kita di beberapa aspek. Berikut adalah dampak positif dan negatif globalisasi:

1. Dampak Positif Globalisasi

Globalisasi membawa dampak positif yang signifikan untuk masyarakat. Mudahnya mengakses ilmu pengetahuan, informasi, dan teknologi terkini dapat memajukan sektor pendidikan, kesehatan, dan teknologi yang dapat memajukan masyarakat. Banyaknya kerjasama antar negara juga membuka peluang kerja global yang dapat mendorong orang untuk meningkatkan keterampilan agar bisa bersaing di pasar global. Perdagangan internasional memungkinkan perusahaan menjual produk ke berbagai negara dan mendukung pertumbuhan ekonomi. Kerja sama antar negara juga membuka peluang bekerja di luar negeri. Kemajuan teknologi yang memfasilitasi pertukaran ide, nilai dan budaya membuat masyarakat jadi lebih toleran terhadap keberagaman. Nggak

hanya itu, pertukaran budaya melalui globalisasi juga membawa kekayaan budaya.

2. Dampak Negatif Globalisasi

Meskipun membawa banyak dampak positif, globalisasi juga memiliki dampak negatif. Misalnya, perdagangan internasional membuat barang impor menguasai pasar lokal. Hal ini tentu sulit bagi usaha lokal, jika gagal bersaing, bukan tidak mungkin mereka gulung tikar. Disamping itu, perdagangan internasional dan mobilitas global juga bisa merusak lingkungan karena polusi yang ditimbulkan dan penggunaan sumber daya alam yang berlebihan.

Kemudahan masuknya tenaga kerja asing ke Indonesia juga menyebabkan lapangan kerja semakin sempit karena harus bersaing dengan tenaga kerja asing. Meskipun pertukaran budaya membawa kekayaan dan pemahaman yang berharga, terlalu menyukai budaya luar dibanding lokal dapat mengakibatkan penurunan nilai-nilai tradisional dan mengancam kelestarian budaya lokal.

Kesehatan global muncul karena perkembangan dunia yang semakin menglobal sehingga berbagai masalah menjadi penting, begitu juga dengan permintaan akan kepemimpinan global yang semakin meningkat. Berbagai kejadian di dunia ini semakin menekankan pentingnya global Kesehatan seperti terjadinya

1. Tersebar nya penyakit menular yang tersebar ke seluruh penjuru dunia seperti influenza, HIV dan COVID 19

2. Tren Penyakit tidak menular (PTM) seperti kanker, jantung dan diabetes yang menyebabkan kematian global begitu tinggi
3. Clime change, isu perubahan iklim mengemuka karena meyebabkan perubahan secara global. Perubahan ini membawa dampak nyata pada lingkungan seperti berbagai bencana alamiah seperti kekeringan dan banjir.

Selain itu juga berdampak pada kesehatan manusia seperti terjadinya kebakaran hutan dan cuaca panas ekstrem yang memicu infeksi saluran nafas serta insiden kanker kulit yang meningkat (WHO,2018).

9.1.3. Definisi Ekonomi kesehatan

Ekonomi dan kesehatan memiliki suatu keterkaitan yang sangat erat. Pembangunan ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat, dan perbaikan pada kondisi kesehatan masyarakat akan mempengaruhi produktivitas kerja. Sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna fisik, mental dan sosial tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam sistem kesehatan nasional adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat secara ekonomis, serta tersedianya pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah melainkan mengikut sertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat (Suryandari, 2008).

Pertumbuhan ekonomi dapat mempengaruhi pembangunan di sektor kesehatan dan pendidikan. Pendidikan juga dapat mempengaruhi kesehatan, semakin tinggi taraf pendidikan seseorang maka tingkat kesadaran akan kesehatan meningkat. Pada saat ini,

pemerintah fokus dalam permasalahan kesehatan karena rendahnya permasalahan kesehatan mendorong terciptanya manusia produktif sehingga dapat meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Demikian pula dengan pembangunan kesehatan, sesuai dengan program pemerintah yang ingin menciptakan Indonesia sehat sebagai salah satu pendorong yang bersinergi dengan pembangunan ekonomi maka banyak dilakukan perubahan – perubahan baik di ruang lingkup skala daerah dan Pengantar Ilmu Ekonomi Kesehatan nasional. Pembangunan kesehatan lebih terfokus ke preventive serta mengedepankan pendekatan persuasif. Serta adanya perbaikan- perbaikan sistem kesehatan yang ada di Indonesia.

“Economics is an inquiry into the nature and causes of the wealth of nations.” (Adam Smith, The Wealth of Nations, 1776)

Ekonomi adalah ilmu mengenai alokasi sumber daya yang terbatas dalam meningkatkan kesejahteraan hidup manusia (Bhattacharya, Hyde, Tu, 2014). Ilmu ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan yang diprakarsai oleh Kenneth Arrow melalui publikasi pada The American Economic Review di tahun 1963 berjudul Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (Clarke & Erreygers, 2018; Arrow, Kenneth, 1963).

Mengapa diperlukannya ilmu ekonomi kesehatan adalah adanya kesenjangan antara keinginan dan sumber daya dalam pemberian pelayanan kesehatan. Contohnya adalah keinginan masyarakat agar iuran JKN tidak mengalami kenaikan, namun dibatasi oleh kapasitas keuangan BPJS Kesehatan dan tingginya pemanfaatan JKN. Contoh lainnya adalah wacana pemerintah untuk menjamin iuran JKN bagi segmen populasi pekerja bukan penerima upah (PBPU), namun mempertimbangkan kapasitas keuangan BPJS Kesehatan dan dampak dari alokasi anggaran tersebut. Selain itu, keinginan

pemerintah untuk mendistribusikan tenaga kesehatan secara merata di seluruh penjuru tanah air, namun terbentur oleh ketersediaan insentif moneter dan nonmoneter yang layak bagi tenaga kesehatan.

Indonesia berikrar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata bagi semua melalui UUD 45, Undang-undang SJSN Nomor 40 tahun 2004, dan Undang-undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009. Dengan keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur dan keuangan, diperlukan upaya alokasi sumber daya yang terbatas tersebut untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan dan efisiensi. Ilmu ekonomi kesehatan dapat menunjang pemilihan prioritas alokasi sumber daya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Ekonomi Kesehatan, menurut Winslow ialah ilmu yang mempelajari bagaimana cara melakukan pencegahan terhadap penyakit, upaya memperpanjang harapan hidup, serta upaya meningkatkan derajat kesehatan dan efisiensi melalui: Penyehatan lingkungan, Pencegahan dan pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan bagi masyarakat, Pengantar Ilmu Ekonomi Kesehatan pengorganisasian pelayanan kesehatan dan pengembangan organisasi sosial untuk menjamin standar hidup yang cukup.

Menurut WHO mendefinisikan bahwa ekonomi kesehatan adalah penggunaan ilmu ekonomi untuk kuantifikasi sumber daya tersebut untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, serta kuantifikasi dampak upaya-upaya preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap produktivitas individu maupun produktivitas nasional. Dapat disimpulkan bahwa ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal serta ilmu yang mempelajari supply dan demand sumber

daya pelayanan kesehatan dan dampak sumber daya pelayanan kesehatan terhadap populasi.

9.2. Dampak Globalisasi Terhadap Sistem Ekonomi Kesehatan

Globalisasi telah muncul sebagai sarana untuk memastikan pertumbuhan ekonomi dan budaya individu. Meningkatnya urbanisasi dan integrasi ekonomi dunia yang lebih dekat telah memfasilitasi keterhubungan global. Namun, perdagangan dan perjalanan, komponen penting globalisasi, merupakan kontributor signifikan terhadap penyebaran penyakit menular. Secara historis, pandemi telah diamati sepanjang sejarah pergerakan dan komunikasi manusia. Wabah pes yang disebabkan oleh *Yersinia pestis* ditularkan dari Tiongkok ke Eropa melalui jalur perdagangan. Demikian pula, setelah pergerakan tentara dalam perang dunia pertama, pandemi influenza tahun 1918 menyebabkan lebih dari 50 juta kematian di seluruh dunia. Baru-baru ini, flu Asia tahun 1957 (influenza A H2N2) dilaporkan di 20 negara dan terutama menyebar melalui perjalanan darat dan laut. Pandemi flu Hong Kong (influenza A H3N2) menyebar luas melalui perjalanan udara. Selama bertahun-tahun, globalisasi telah memperkuat penularan penyakit global dan memiliki implikasi ekonomi yang signifikan. Integrasi ekonomi yang erat di era modern, oleh karena itu, muncul sebagai mekanisme penting penularan penyakit.

Era globalisasi dapat memicu mobilitas penyakit baik ke dalam maupun ke luar Indonesia, bahkan dapat menimbulkan penyakit baru. Hal tersebut dapat diakibatkan karena adanya peningkatan frekuensi dan jumlah perjalanan antar negara dan peningkatan risiko masalah kesehatan. Indonesia merupakan negara kepulauan dengan 17.504 pulau. Indonesia juga memiliki posisi strategis terhadap lalu lintas dan

perdagangan Internasional serta mempunyai banyak pintu masuk negara. Kemunculan penyakit baru dan muncul kembali penyakit lama menjadi tantangan bagi Pemerintah Indonesia terutama Kementerian Kesehatan.

Penyebab kemunculan penyakit baru dan muncul kembalinya penyakit lama berkaitan dengan gaya hidup, mobilitas, teknologi, dan populasi kepadatan habitat. Selain itu juga berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang saling terkait dengan keragaman geografis, perdagangan hewan, keseimbangan predator/pemangsa hewan lain, habitat dan kesehatan hewan, migrasi burung, pasar unggas/hewan, serta vegetasi, cuaca dan musim, iklim, yang mempengaruhi populasi hewan dan vector, banjir, erupsi gunung berapi, deforestasi, juga kebakaran hutan.

Penyakit Tidak Menular menyebabkan 36 juta kematian setiap tahun. Jumlah ini menempati 63% dari total angka kematian global, termasuk 9,1 juta kematian prematur yang terjadi pada usia produktif sebelum 60 tahun, di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk di negara APEC. PTM dapat menimbulkan dampak sosial dan ekonomi yang serius dan terkait erat dengan kemiskinan, baik dalam bentuk biaya langsung seperti biaya pengobatan dan rehabilitasi ataupun biaya tidak langsung seperti hilangnya pendapatan karena sakit, cacat atau kematian dini. PTM berpotensi menghambat pertumbuhan ekonomi karena memerlukan biaya tinggi untuk pengobatan. Namun PTM dapat dicegah dengan mengatasi faktor-faktor risikonya terutama dari faktor perilaku yaitu konsumsi tembakau, diet tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, dan konsumsi alkohol.

Menurut Prof. Tjandra Yoga, strategi pengendalian PTM membutuhkan sistem kesehatan yang kuat dan peningkatan

pelayanan kesehatan dasar, di mana hal ini dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap pengobatan PTM. Untuk alasan ini kesadaran masyarakat memainkan peran penting dalam pencegahan dan pengendalian PTM. Dengan demikian strategi yang dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan kontrol faktor risiko PTM menjadi sangat penting.

HIV dan AIDS masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. Peringatan Hari AIDS Sedunia setiap tanggal 1 Desember menjadi momen kesadaran tentang HIV/AIDS dan menunjukkan solidaritas. WHO menyatakan bahwa hingga saat ini tidak ada negara yang terbebas dari penyakit AIDS yang disebabkan oleh HIV. HIV awalnya hanya menginfeksi simpanse dan gorila, dengan virus pada simpanse yaitu Human Immunodeficiency Viruses (SIV). SIV menyerang sistem kekebalan tubuh monyet dan kera dengan cara yang sangat mirip dengan HIV. Sekitar tahun 1920 dilaporkan adanya kasus zoonosis virus ini ke manusia di Kinshasa, Kongo. Diduga ditularkan ke manusia ketika manusia memburu simpanse untuk diambil dagingnya dan bersentuhan dengan darah mereka yang terinfeksi (Yuniarto, 2023).

HIV masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang utama, yang telah merenggut 40,4 juta orang (32,9-51,3 juta), sejauh ini dengan penularan yang terus berlanjut di semua negara secara global. Diperkirakan sekitar 39,0 juta orang (33,1-45,7 juta) orang yang hidup dengan HIV. Pada tahun 2022, sekitar 480.000-880.000 orang meninggal karena penyebab terkait HIV dan sekitar 1,0-1,7 juta orang tertular HIV. Diperkirakan ada 39 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV pada akhir tahun 2022. Sekitar 53% dari seluruh orang yang hidup dengan HIV adalah perempuan dan anak perempuan

Pada skala lokal, dampak globalisasi terhadap sistem ekonomi kesehatan sangat bergantung pada kondisi infrastruktur, kebijakan pemerintah, dan kesiapan masyarakat setempat. Untuk memaksimalkan manfaat dan meminimalkan dampak negatif, diperlukan intervensi pemerintah untuk menciptakan sistem kesehatan yang inklusif, merata, dan berkelanjutan di tingkat lokal. Contoh nyata di Skala Lokal sebagai Berikut :

1. Telemedicine di Daerah Terpencil
Proyek telemedicine yang dikelola oleh pemerintah atau LSM membantu masyarakat di pedesaan mendapatkan konsultasi medis dari dokter di kota besar atau luar negeri.
2. Peningkatan Fasilitas Kesehatan Lokal
Rumah sakit swasta di kota kecil yang bermitra dengan perusahaan asing sering kali membawa peralatan modern seperti MRI atau CT scan.
3. Ketergantungan pada Bantuan Luar Negeri
Daerah yang ekonominya lemah mungkin bergantung pada program kesehatan global seperti distribusi vaksin gratis dari UNICEF atau WHO.
4. Pergeseran Pola Hidup Lokal
Masyarakat lokal mulai meninggalkan obat-obatan tradisional karena pengaruh produk farmasi global yang dianggap lebih modern, meskipun belum tentu lebih baik.

9.2.1. Dampak Positif Globalisasi pada Sistem Ekonomi Kesehatan

1. **Peningkatan Akses Terhadap Teknologi Kesehatan**
 - a. **Inovasi dan Teknologi Medis:** Globalisasi memungkinkan Indonesia untuk mengakses teknologi medis yang lebih canggih, seperti alat diagnostik terbaru, teknologi bedah

robotik, dan peralatan medis modern lainnya. Rumah sakit dan klinik di kota-kota besar mulai mengadopsi teknologi tersebut, yang meningkatkan kualitas perawatan.

- b. **Telemedicine:** Layanan kesehatan berbasis teknologi, seperti telemedicine, memungkinkan masyarakat di daerah terpencil untuk berkonsultasi dengan dokter atau mendapatkan diagnosis dari tenaga medis di luar negeri.

2. **Akses ke Obat-obatan dan Vaksin Global**

- a. **Obat Generik:** Globalisasi membawa masuk obat-obat generik yang diproduksi dengan biaya rendah dan dapat diakses oleh masyarakat Indonesia. Hal ini sangat penting untuk mengatasi masalah kesehatan seperti tuberkulosis, HIV/AIDS, dan penyakit menular lainnya.
- b. **Vaksinasi dan Penyakit Menular:** Program vaksinasi global yang didukung oleh organisasi internasional seperti WHO, GAVI, dan UNICEF memungkinkan Indonesia untuk mendapatkan vaksin dengan harga terjangkau, yang membantu melindungi masyarakat dari penyakit seperti polio, hepatitis, dan influenza.

3. **Peningkatan Pembiayaan Kesehatan**

- a. **Investasi Asing di Sektor Kesehatan:** Pemerintah Indonesia menarik investasi asing dalam pembangunan rumah sakit, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya. Beberapa rumah sakit besar di Indonesia kini bekerja sama dengan perusahaan multinasional untuk meningkatkan kualitas dan kapasitas layanan kesehatan.
- b. **Program Bantuan Kesehatan Global:** Indonesia menerima bantuan dari lembaga internasional dan

negara maju dalam bentuk pendanaan dan pengembangan infrastruktur kesehatan. Bantuan ini sangat membantu dalam mengatasi tantangan kesehatan di daerah-daerah miskin.

4. **Pertukaran Pengetahuan dan Tenaga Kesehatan**

- a. **Pelatihan Tenaga Kesehatan:** Melalui globalisasi, tenaga kesehatan Indonesia mendapatkan akses untuk mengikuti pelatihan atau pendidikan internasional, serta kolaborasi dengan ahli medis global dalam riset atau pengobatan.
- b. **Pertukaran Pengetahuan:** Informasi tentang penanganan penyakit, pencegahan, dan kebijakan kesehatan dapat disebarkan dengan cepat, meningkatkan kualitas kebijakan kesehatan nasional.

9.2.2. **Dampak Negatif Globalisasi pada Sistem Ekonomi Kesehatan**

1. **Ketidaksetaraan Akses Kesehatan**

- a. **Kesenjangan Layanan Kesehatan antara Kota dan Desa:** Globalisasi memperburuk kesenjangan antara layanan kesehatan di kota besar dan di daerah terpencil. Sementara kota besar seperti Jakarta, Surabaya, dan Bali memiliki akses ke teknologi canggih, daerah terpencil di luar Jawa sering kali masih kesulitan mendapatkan layanan dasar.
- b. **Kesenjangan Sosial:** Meskipun obat generik lebih mudah diakses, harga obat-obatan dan perawatan di rumah sakit swasta tetap mahal, menciptakan ketidaksetaraan dalam akses layanan kesehatan.

2. **Ketergantungan pada Obat dan Teknologi Impor**
 - a. **Pasokan Obat dan Alat Kesehatan:** Indonesia sangat bergantung pada pasokan obat-obatan dan peralatan medis dari luar negeri, yang membuat negara ini rentan terhadap gangguan pasokan, terutama selama krisis global seperti pandemi COVID-19.
 - b. **Krisis Pasokan:** Gangguan dalam rantai pasokan global dapat menyebabkan kekurangan vaksin atau alat kesehatan yang sangat dibutuhkan.
3. **Komersialisasi Layanan Kesehatan**
 - a. **Privatisasi Kesehatan:** Globalisasi dapat memperburuk dominasi sektor swasta dalam layanan kesehatan di Indonesia. Rumah sakit swasta besar sering kali menawarkan layanan dengan harga yang tinggi, yang tidak terjangkau oleh sebagian besar masyarakat.
 - b. **Komodifikasi Kesehatan:** Layanan kesehatan dapat menjadi komoditas yang hanya dapat dijangkau oleh mereka yang memiliki daya beli tinggi, meninggalkan masyarakat miskin dengan akses terbatas ke layanan dasar.
4. **Pengaruh Negatif Terhadap Kesehatan Masyarakat**
 - a. **Gaya Hidup Tidak Sehat:** Globalisasi juga membawa masuk gaya hidup barat, seperti pola makan cepat saji dan konsumsi alkohol atau rokok yang tinggi. Ini menyebabkan peningkatan penyakit tidak menular seperti obesitas, diabetes, dan penyakit jantung di Indonesia.
 - b. **Penyebaran Penyakit Menular:** Meningkatnya mobilitas global meningkatkan risiko penyebaran penyakit menular dari luar negeri ke Indonesia. Misalnya, pandemi COVID-19

yang menyebar cepat ke seluruh dunia melalui perjalanan internasional.

5. **Brain Drain Tenaga Medis**

Migrasi Tenaga Medis: Banyak dokter dan tenaga medis Indonesia yang memilih bekerja di luar negeri karena gaji yang lebih tinggi dan fasilitas yang lebih baik. Hal ini menyebabkan kekurangan tenaga medis berkualitas di Indonesia, terutama di daerah-daerah yang membutuhkan.

9.2.3. Upaya mengatasi Dampak Negatif Globalisasi terhadap Sistem Ekonomi Kesehatan

Upaya mengatasi dampak negatif globalisasi terhadap sistem ekonomi kesehatan sehingga masyarakat tetap mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan berkelanjutan Sebagai berikut:

1. Meningkatkan Ketahanan Sistem Kesehatan
 - 1) Peningkatan Infrastruktur Kesehatan: Investasi dalam fasilitas kesehatan agar mampu menghadapi tuntutan global.
 - 2) Penguatan Sistem Pembiayaan Kesehatan: Mengembangkan skema pembiayaan yang adil seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) agar seluruh lapisan masyarakat mendapatkan layanan kesehatan yang setara.
 - 3) Diversifikasi Sumber Daya: Mengurangi ketergantungan pada produk impor seperti obat dan alat kesehatan dengan memproduksi secara lokal.

2. Penguatan Regulasi dan Kebijakan
 - 1) Regulasi Impor dan Ekspor: Membatasi impor obat-obatan atau produk kesehatan yang tidak memenuhi standar nasional.
 - 2) Perlindungan Terhadap Industri Lokal: Mendorong industri farmasi dan kesehatan lokal agar dapat bersaing dengan produk global.
 - 3) Kebijakan Harga: Menjamin harga obat dan layanan kesehatan tetap terjangkau bagi masyarakat.
3. Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia
 - 1) Pelatihan dan Pendidikan: Mengembangkan pelatihan tenaga kesehatan berbasis kebutuhan global tetapi tetap memperhatikan kondisi lokal.
 - 2) Standarisasi Kompetensi: Meningkatkan kualitas tenaga medis dengan sertifikasi yang diakui secara internasional.
 - 3) Pencegahan Brain Drain: Memberikan insentif kepada tenaga medis agar tetap bekerja di dalam negeri.
4. Pemanfaatan Teknologi dan Inovasi
 - 1) Digitalisasi Layanan Kesehatan: Menggunakan teknologi seperti telemedicine untuk memperluas akses layanan kesehatan.
 - 2) Inovasi Produk Lokal: Mendorong penelitian dan pengembangan obat-obatan atau alat kesehatan berbasis lokal untuk bersaing di pasar global.
 - 3) Keamanan Data Kesehatan: Mengadopsi sistem perlindungan data pasien yang kuat agar tidak disalahgunakan oleh pihak luar.

5. Peningkatan Kolaborasi Internasional
 - 1) Kerjasama Antarnegara: Membentuk aliansi dengan negara lain untuk menghadapi masalah kesehatan global, seperti pandemi atau distribusi vaksin.
 - 2) Pengawasan Global: Berpartisipasi dalam organisasi internasional seperti WHO untuk memastikan sistem kesehatan sesuai standar global.
 - 3) Pertukaran Ilmu Pengetahuan: Berkolaborasi dalam penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
6. Peningkatan Kesadaran dan Partisipasi Masyarakat
 - 1) Edukasi Kesehatan: Memberikan edukasi tentang pentingnya kesehatan dan dampak globalisasi terhadap layanan kesehatan.
 - 2) Penguatan Peran Komunitas: Mendorong partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat.
 - 3) Pemberdayaan Masyarakat Lokal: Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memproduksi obat tradisional atau alternatif berbasis bahan lokal.

Referensi

Afriana, N. et al. (2022) Laporan Tahunan HIV AIDS 2022, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Available at: <http://p2p.kemkes.go.id/wp>

content/uploads/2023/06/FINAL_6072023_Layout_HIVAIDS-1.pdf.

Artikel kemenkes . (2024) Available at: <https://www.kemkes.go.id/eng/%20penyakit-tidak-menular-berdampak-ekonomi>

Basri, M. C. (2019). *Globalisasi Ekonomi dan Tantangan Kebijakan di Negara Berkembang*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

I Made Indra. (2022). Buku ajar ekonomi kesehatan. Surakarta : Tahta media group.

irwan, 2016. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Deepublish.

Kemkes RI (2020b) Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta

Masriadi, 2017. Epidemiologi Penyakit Menular. Rajawali Pers.

Muhamad, N. (2023) Penderita HIV Indonesia Mayoritas Berusia 25-49 Tahun per September 2023, databoks.katadata.co.id.

Available at:

[https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/12/01/peneria-hiv-indonesia-mayoritas-berusia-25-49-tahun-](https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/12/01/peneria-hiv-indonesia-mayoritas-berusia-25-49-tahun-perseptember2023#:~:text=Kementerian Kesehatan)

[perseptember2023#:~:text=Kementerian Kesehatan \(Kemkes\) mencatat%2C,orang dengan HIV \(ODHIV\).](https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2023/12/01/peneria-hiv-indonesia-mayoritas-berusia-25-49-tahun-perseptember2023#:~:text=Kementerian Kesehatan (Kemkes) mencatat%2C,orang dengan HIV (ODHIV).)

Nugroho, K., & Setiawan, H. (2021). Pengaruh Globalisasi terhadap Sistem Ekonomi Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 123-135.

Sulistyawati, S.Si.,MPH.,PhD (2021) Buku Ajar Global Health. Cv Mine.

Suryandari, dewi. (2008) Hubungan antara faktor pendidikan, sosial ekonomi dan jarak tempat pelayanan dengan pemanfaatan pos kesehatan desa di kecamatan colomadu. Universitas muhammadiyah surakarta.

Yuniarto, T. (2023) Hari Aids Sedunia: Fenomena AIDS di Indonesia dan Global, Kompaspedia. Available at:

<https://kompaspedia.kompas.id/baca/paparan-topik/hari-aids-sedunia-fenomena-aids-di-indonesia-dan-global>.

WHO (2018) Climate change and health, web page. Available at:

<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/climate-change-and-health>



EVALUASI DAN TANTANGAN EKONOMI KESEHATAN DI MASA DEPAN

Oleh: Hariani, SKM., M.Kes.

10.1. Peluang Dan Tantangan Ekonomi Bisnis Dan Kesehatan Di Era Society 5.0

Sebelum tahun 13.000 SM, planet ini telah melalui perkembangan yang intensif selama jutaan tahun. Proses ini mencakup perkembangan dalam aspek sosial dan budaya, dan mencapai titik tertingginya sekitar tahun 13.000 SM, yang dikenal sebagai Masa Perguruan atau Revolusi Neolithik. Periode ini menandai berakhirnya era peramu yang telah ada sejak kira-kira 35.000 SM.

Selama Revolusi Neolithik, lingkungan mengalami transformasi yang menyebabkan pergeseran dalam cara pemeliharaan sosial dan ekonomi. Meskipun kelompok-kelompok masih tinggal di padang, mereka mulai beralih ke pertanian sebagai sumber makanan dan bahan bangunan. Perubahan ini menjadi dasar bagi kemajuan selanjutnya, dan akhirnya memicu terjadinya Revolusi Industri pada akhir abad ke-18. Revolusi Industri melibatkan perubahan besar dalam industri dan teknologi, memainkan peran penting dalam kemajuan

masyarakat. Saat ini, kita berada di ambang Revolusi Digital, di mana komputer dan internet telah menjadi elemen krusial dalam kehidupan sehari-hari. Teknologi yang terus maju menunjukkan potensi berbagai revolusi lainnya di masa depan. Gagasan baru seperti kecerdasan buatan, teknologi kuantum, dan sumber energi terbarukan merupakan beberapa contoh yang mungkin mengarahkan kita ke arah masa depan yang lebih maju. Dengan adanya perkembangan ini, kita bisa memperkirakan perubahan signifikan dalam cara kita beraktivitas, berinteraksi, dan menjalani rutinitas sehari-hari (Nastiti & Abdu, 2020).

Masa disrupsi menunjukkan waktu ketika transformasi besar dan cepat terjadi dalam banyak bidang kehidupan, khususnya yang berhubungan dengan teknologi, dunia usaha dan masyarakat (Yulianto, 2021). Periode ini biasanya ditandai oleh penemuan yang merevolusi cara berpikir, mengganti metode yang sudah ada, dan menghasilkan efek yang signifikan. Beberapa elemen penting yang memicu masa disrupsi meliputi kemajuan dalam teknologi, perubahan pada model bisnis, dan proses penyesuaian. Masyarakat terhadap perubahan tersebut.

Revolusi Digital yang sedang berlangsung saat ini dapat dianggap sebagai bagian dari era disrupsi. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, khususnya internet, kecerdasan buatan, dan komputasi awan, telah mengubah fundamental cara kita bekerja, berkomunikasi, dan hidup sehari-hari. Era disrupsi juga dapat mencakup inovasi di berbagai sektor seperti transportasi (misalnya, mobil otonom), kesehatan (teknologi medis canggih dan pemantauan kesehatan digital), energi (energi terbarukan dan penyimpanan energi), dan banyak lagi. Selama era disrupsi, bisnis dan organisasi yang berhasil adalah yang mampu beradaptasi dengan cepat, mengikuti perkembangan teknologi, dan mengantisipasi perubahan pasar. Sementara itu, masyarakat juga dihadapkan pada tantangan

dan peluang baru, seperti perubahan dalam cara kita belajar, bekerja, dan berinteraksi. Melalui pemahaman dan navigasi dengan bijak dalam era disrupsi, kita dapat memanfaatkan peluang inovasi untuk meningkatkan efisiensi, menciptakan nilai tambah, dan mengatasi tantangan global yang kompleks.

Era Sosial 5.0 menawarkan berbaai peluang serta tantangan pada sector ekonomi, bisnis, dan kesehatan. Dalam hal ekonomi, adopsi teknologi seperti kecerdasan buatan, Internet of Things (IoT), dan analisis data besar menciptakan kemungkinan untuk meningkatkan efisiensi operasional, pengembangan produk dan layanan baru, serta pembentukan sektor industri yang inovatif. Perusahaan bisa memanfaatkan konektivitas yang lebih baik guna memperbaiki rantai pasokan dan enhancing interaksi dengan konsumen melalui penyesuaian dan pengalaman yang lebih baik. Namun, bersamaan dengan peluang ini, ada berbagai tantangan yang harus ditangani. Peralihan menuju ekonomi yang didorong oleh teknologi dapat menyebabkan perubahan besar dalam kebutuhan keterampilan tenaga kerja, memerlukan penyesuaian yang cepat dari individu dan organisasi untuk mencegah adanya ketidakadilan dalam partisipasi ekonomi. Era Masyarakat 5.0 Selain itu, pengamanan data dan privasi menjadi perhatian utama di zaman ketika pertukaran informasi mencapai skala yang belum pernah dialami sebelumnya.

Dalam bidang kesehatan, Masyarakat 5.0 memberikan kesempatan untuk inovasi signifikan melalui penerapan teknologi dalam diagnosis, perawatan yang disesuaikan, dan pemantauan kesehatan yang canggih. Inovasi ini memiliki potensi untuk meningkatkan efektivitas sistem kesehatan dan menyediakan solusi yang lebih baik untuk penyakit yang rumit. Namun, terdapat berbagai tantangan, terutama yang berkaitan dengan distribusi yang adil dari akses ke teknologi kesehatan yang maju, disparitas dalam penggunaan layanan kesehatan digital, serta meningkatnya kesenjangan dalam

kesehatan. Sangat penting bagi masyarakat dan pembuat kebijakan untuk memastikan bahwa kemajuan dalam sektor kesehatan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat dan memberikan manfaat bagi setiap individu secara adil. Secara keseluruhan, dengan memanfaatkan peluang luar biasa yang ditawarkan oleh Society 5.0, penting bagi masyarakat untuk bersiap menghadapi tantangan yang muncul dan secara aktif berkontribusi dalam membentuk arah perkembangan teknologi untuk keberlanjutan dan keterlibatan yang lebih inklusif (Nuraeningsih et al., 2021). Saat ini, kita berada di tengah zaman disrupsi yang dicirikan oleh Volatilitas, Ketidakpastian, Kompleksitas, dan Ambiguitas (VUCA). Tujuan artikel ini adalah untuk mengeksplorasi alasan di balik pergantian besar ini dan menjelaskan bagaimana ekonomi, dunia usaha, serta sektor kesehatan beradaptasi dalam Era Society 5.0. Pertama-tama, tulisan ini menguraikan inti dari Era Disrupsi dan gagasan VUCA yang mendasari perubahan signifikan dalam kehidupan kita. Fluktuasi ekonomi, ketidakpastian dalam teknologi, kerumitan hubungan global, dan ketidakjelasan informasi telah menjadi hal yang biasa yang mempengaruhi berbagai segi kehidupan masyarakat (Putro et al., 2022). Selanjutnya, perhatian akan tertuju pada Society 5.0, sebuah paradigma baru yang melibatkan penggabungan teknologi canggih untuk mencapai masyarakat yang lebih efisien dan saling terhubung. Artikel ini menyoroti kesempatan yang diberikan oleh Society 5.0 dalam bidang ekonomi, di mana kemajuan teknologi menciptakan peluang untuk efisiensi, inovasi produk, dan pembentukan industri baru. Namun, seiring dengan kesempatan tersebut, tantangan-tantangan juga diungkapkan (Nuraeningsih et al., 2021). Perubahan yang cepat dalam kebutuhan keterampilan tenaga kerja, isu privasi terkait pertukaran informasi yang meluas, serta pertanyaan mengenai kesetaraan akses dan penggunaan teknologi menjadi perhatian utama dalam analisis. Selain itu, tulisan ini mengeksplorasi peran sektor kesehatan dalam

evolusi ini, menggunakan teknologi untuk diagnosis yang lebih canggih, perawatan yang disesuaikan, dan pemantauan kesehatan yang terpadu. Tujuan artikel ini adalah untuk menyajikan pemahaman yang komprehensif mengenai dinamika Era Society 5.0 tetapi juga untuk membantu pembaca memahami dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari. Dengan menguraikan peluang dan tantangan di berbagai sektor, artikel ini mengajak pembaca untuk memikirkan peran mereka dalam menghadapi perubahan ini dan membentuk masa depan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

10.2. Evaluasi Program Kesehatan Di Masa Depan

1. Evaluasi Program Imunisasi

Keterbatasan dalam akses layanan kesehatan menjadi penghalang utama untuk program vaksinasi anak di wilayah pedesaan. Jarak yang jauh antara tempat tinggal masyarakat dan fasilitas kesehatan, serta kurangnya infrastruktur dan sarana transportasi yang memadai, menyulitkan orang tua dalam membawa anak-anak mereka untuk menerima vaksin secara teratur. Selain itu, kekurangan tenaga medis yang berpengalaman juga menjadi hambatan serius dalam pelaksanaan program imunisasi. Banyak desa yang tidak memiliki jumlah tenaga kesehatan yang cukup untuk memberikan layanan vaksinasi kepada penduduk setempat. Minimnya pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan mengenai imunisasi dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Selain itu, faktor sosial dan budaya berperan dalam partisipasi masyarakat dalam program vaksinasi. Kepercayaan, mitos, serta praktik budaya setempat sering kali mempengaruhi pilihan orang tua dalam memberikan imunisasi kepada anak-anak mereka. Oleh karena itu, perlu adanya pendekatan komunikasi yang peka dan berbasis budaya dalam mengenalkan program

imunisasi Program vaksinasi untuk anak merupakan salah satu inisiatif kesehatan masyarakat yang paling efektif dalam menurunkan tingkat penyakit dan kematian akibat kondisi yang bisa dicegah. Prinsip utama dari program ini adalah memberikan vaksin kepada anak-anak guna memperkuat daya tahan tubuh mereka terhadap penyakit tertentu, sehingga dapat menghindari atau mengurangi tingkat keparahan penyakit tersebut.

Proses vaksinasi dilakukan sesuai dengan jadwal tertentu yang disesuaikan dengan jenis vaksin yang diberikan dan usia anak, mulai dari saat bayi baru lahir hingga menjelang usia sekolah (Weraman, 2024). Pelaksanaan program imunisasi untuk anak meliputi beberapa langkah yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan penilaian. Tahap perencanaan dilakukan dengan mempertimbangkan jenis penyakit yang ingin dicegah, kalender vaksinasi, sumber daya yang ada, serta metode distribusi vaksin. Dalam aspek pelaksanaan, program ini melibatkan berbagai pihak, termasuk tenaga kesehatan, petugas imunisasi, dan orang tua, untuk memastikan bahwa vaksinasi dilaksanakan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan dan mencakup seluruh kelompok sasaran.

Pemantauan serta evaluasi dilakukan dengan konsisten untuk menilai keberhasilan program vaksinasi anak dalam mencapai tingkat yang terbaik dan efektivitas dalam mencegah penyakit. Ini mencakup pengawasan penyakit, pengumpulan data mengenai cakupan vaksinasi, identifikasi dan penanganan kasus kegagalan vaksin, serta penilaian dampak program terhadap penurunan angka penyakit dan kematian yang disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah. Dengan demikian, program vaksinasi anak adalah salah satu cara yang sangat efektif untuk meningkatkan kesehatan anak dan menghentikan penyebaran penyakit menular di masyarakat (Sukmana & Permatasari, t.t.).

10.3. Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan Program Kesehatan .

Aspek-aspek yang berkontribusi pada keberhasilan program vaksinasi melibatkan sejumlah elemen yang dapat memengaruhi partisipasi masyarakat dalam program tersebut. Salah satu elemen penting adalah kemudahan akses ke layanan kesehatan dan vaksinasi (Fitriani, 2022). Keberadaan fasilitas kesehatan yang memadai, transportasi yang terjangkau, dan distribusi vaksin yang efisien sangat penting untuk memastikan masyarakat dapat dengan mudah mengakses imunisasi untuk anak-anak mereka. Selain itu, faktor sosial dan budaya juga memainkan peran yang signifikan. Tingkat pendidikan, informasi, dan kesadaran individu mengenai pentingnya vaksinasi dapat mempengaruhi pilihan orang tua dalam memberikan imunisasi untuk anak-anak mereka. Lebih jauh, keyakinan budaya, mitos, dan tradisi juga dapat mempengaruhi penerimaan vaksinasi, yang berarti perlunya pendekatan yang peka terhadap konteks budaya setempat.

10.4. Tantangan kesehatan Masa Depan

Konteks kesehatan anak di area pedesaan memiliki ciri-ciri dan rintangan yang unik yang harus dipahami ketika menerapkan program vaksinasi. Salah satu ciri-ciri utama adalah keterbatasan dalam mendapatkan layanan kesehatan. Di wilayah pedesaan, biasanya terdapat sedikit fasilitas kesehatan, dan jaraknya sering jauh antara desa-desa dan pusat kesehatan terdekat. Hal ini dapat menghalangi masyarakat di daerah rural untuk memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan, termasuk vaksinasi untuk anak-anak.

Situasi ekonomi yang sering kali lebih rendah di daerah pedesaan juga bisa mempengaruhi kesehatan anak-anak. Tingkat kemiskinan yang tinggi dapat mengakibatkan kurangnya akses pada gizi yang baik, sanitasi yang tidak memadai, serta kondisi lingkungan yang tidak sehat, yang semuanya meningkatkan kemungkinan terkena

penyakit menular dan infeksi. Selain itu, ketidakcukupan akses terhadap pendidikan dan informasi kesehatan dapat mempengaruhi pemahaman dan kesadaran orang tua tentang pentingnya vaksinasi untuk anak-anak mereka (Kusumawardani dkk., 2023).

Faktor dari lingkungan serta budaya sosial berpengaruh signifikan terhadap kesehatan anak-anak di daerah pedesaan. Lingkungan yang kurang higienis, air minum yang tidak terjamin kebersihannya, dan praktik sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit menular. Selain itu, tradisi dan kepercayaan setempat juga dapat memengaruhi cara perawatan kesehatan, termasuk pilihan orang tua mengenai imunisasi untuk anak mereka. Dengan mengerti secara menyeluruh tentang kondisi kesehatan anak di daerah pedesaan, program intervensi yang lebih efektif dapat dirancang untuk memperbaiki kesehatan anak dan meningkatkan tingkat imunisasi di area tersebut.

Selain tantangan tersebut, kurangnya aksesibilitas terhadap Layanan kesehatan juga bisa dipengaruhi oleh minimnya jumlah tenaga medis yang terlatih di daerah pedesaan. Banyak desa yang kekurangan stok tenaga kesehatan yang cukup, seperti dokter, perawat, dan bidan yang dibutuhkan untuk memberikan layanan kesehatan pada anak-anak dan keluarganya (Darwis, 2024). Hal ini mengakibatkan kesulitan dalam memperoleh informasi yang tepat mengenai imunisasi dan pelaksanaannya secara tepat waktu.

Dalam aspek sosial dan budaya, peranan tradisi serta keyakinan masyarakat di desa juga mempengaruhi cara mereka memanfaatkan layanan kesehatan, termasuk imunisasi. Beberapa kepercayaan atau mitos terkait imunisasi sering kali menjadi penghalang bagi masyarakat untuk menerima dan berpartisipasi dalam program imunisasi. Diperlukan pendekatan yang peka dan berbasis budaya untuk menyelesaikan perbedaan pandangan serta kekhawatiran yang mungkin ada di masyarakat berkenaan dengan imunisasi anak.

Strategi yang lebih efisien dapat dirumuskan untuk meningkatkan cakupan imunisasi. Kerja sama yang melibatkan pemerintah, lembaga kesehatan, tenaga medis, dan masyarakat sendiri sangat penting untuk menciptakan kondisi yang mendukung kesehatan anak di pedesaan. Dengan demikian, program imunisasi anak bisa lebih efektif dalam mencapai tujuan pencegahan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup anak-anak di daerah pedesaan.

Referensi

- Darwis, A. M. (2024). Evaluasi program penyuluhan imunisasi di Kelurahan Anrong Appaka Kecamatan. *Journal of Innovative Technologies in Social Science*, 1. https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijtss/30032022/7796
<https://journal.mediazayna.org/index.php/literaabdi/article/view/5>
- Kusumawardani, E. F., Fadillah, M., & ... (2023). Evaluasi program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) di Dinas Kesehatan Kota Surabaya berdasarkan pendekatan sistem. *Journal of Health Technology and Management*. <http://www.jurnal.uui.ac.id/index.php/jhtm/article/view/2978>
- Nastiti, F. E., & Abdu, A. R. N. (2020). Kajian: Kesiapan pendidikan Indonesia menghadapi era Society 5.0. *Edcomtech*, 5(1), 61–66. <https://doi.org/10.17977/um039v5i12020p061>
- Nuraeningsih, N., Indaryani, M., & Rusiana, R. (2021). Peluang dan tantangan berwirausaha bagi mahasiswa Universitas Muria Kudus di masa pandemi. *E-Dimas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 12(3), 520–526. <https://doi.org/10.26877/edimas.v12i3.7017>
- Pangkajene. *Litera Abdi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*.
- Putro, S., Rianto, R., & Wibisana, B. H. (2022). Making business policies and strategies in the VUCA era with technology development: A

literature review. *International Journal of Business and Management*.

Sukmana, C., & Permatasari, V. R. (T.T.). Evaluasi pelaksanaan dan cakupan program imunisasi di Posyandu Lingkungan Rancapetir Ciamis. *Journal of Adult and Community Education*.
<https://ejournal.upi.edu/index.php/ijace/article/view/43597>

Weraman, P. (2024). Evaluasi efektivitas program imunisasi anak di daerah perkotaan dan pedesaan. *Jurnal Review Pendidikan*.
<http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jrpp/article/view/25658>

Yulianto, Y. (2021). The needs of training to improve teacher performance.

PROFIL PENULIS



Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes.
Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar

Penulis lahir di Sengakang (Sulawesi Selatan) tanggal 26 Juni 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia Makassar. Penulis bisa dihubungi melalui email: restyamaliahpr@gmail.com.

PROFIL PENULIS

Andi Khairul Musawir, S.K.M., MARS.

PROFIL PENULIS



Andi Nur Hildayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Administrasi Kesehatan

Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah (ITSBM)

Selayar

Penulis adalah dosen Program Studi Administrasi Kesehatan di Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah (ITSBM) Selayar. Lahir di Pariangan pada tanggal 31 Maret 1996. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Nusantara Jaya Makassar tahun 2017. Karena ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kesehatan Masyarakat sehingga membawa penulis melanjutkan studi Magister Kesehatan Masyarakat dengan mengambil jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Tulisan ini merupakan tulisan perdana oleh penulis dan berharap dapat memberikan kontribusi positif bagi pembaca dan dapat melaksanakan bakti untuk mencerdaskan kehidupan bangsa serta berkomitmen untuk membagikan pengetahuan dan pengalaman kepada para pembaca.

PROFIL PENULIS



apt. Elvina Triana Putri, S. Farm, M. Farm
Dosen Ilmu Farmasi Komunitas
Institut Sains dan Teknologi Nasional

Penulis saat ini aktif sebagai dosen tetap bertugas pada prodi farmasi dan apoteker ISTN. Penulis selain melaksanakan tri dharma perguruan tinggi juga aktif dalam keanggotaan Ikatan Apoteker Indonesia dengan menekuni sebagai praktisi, entrepreneurship dan kegiatan ilmiah di bidang farmasi. Bidang keilmuan pengajaran penulis yaitu farmasi komunitas : Manajemen Farmasi, Pemasaran Obat, Metodologi Penelitian dan Statistika Farmasi, Farmakoekonomi, Pelayanan dan Pengelolaan kefarmasian, Farmasi Sosial, Perilaku Pelayanan Kefarmasian serta beberapa praktikum kefarmasian. Peneliti juga menekuni penelitian dan pengabdian Masyarakat di terfokus di bidang kefarmasian.

PROFIL PENULIS



Mega Astriana, S.K.M., M.Kes.

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar

Penulis lahir di Dopi (Sulawesi Tenggara) tanggal 18 September 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia, Makassar. Penulis menekuni bidang Menulis. Penulis bisa dihubungi melalui email:

megaastriana992@gmail.com.

PROFIL PENULIS



**Zakiah Saidah Fitri,SE.,MM.
Dosen Ilmu Manajemen
STIKes Prima Indonesia**

Lahir di Jakarta , 2 Mei 1991 Menjadi dosen sejak 2015 pada usia 24 Tahun. dan saat ini juga menjabat stuktural di STIKes Prima Indonesia dan dalam proses menyelesaikan Pendidikan Doktorat di UIN Syarif Hidayatuillah Jakarta.

PROFIL PENULIS



A. Karlina Askarini Makkasau, SKM, M.K.M
Dosen Administrasi Rumah Sakit
STIKES PANAKUKKANG
MAKASSAR

Karlina Askarini Makkasau, SKM, M.K.M, adalah seorang dosen di Program Studi Administrasi Rumah Sakit, STIKES Panakkukang Makassar, dengan jabatan sebagai Asisten Ahli. Lahir di Makassar pada 1 Maret 1990, ia menempuh pendidikan S1 di Universitas Muslim Indonesia dan melanjutkan studi S2 di Universitas Hasanuddin. Sebelum bergabung di STIKES Panakkukang Makassar pada tahun 2024, ia memiliki pengalaman mengajar di Program Studi Administrasi Kesehatan, Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar pada periode 2023-2024. Selain aktif dalam dunia akademik, ia juga dapat dihubungi melalui email andikarlina5@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Andi Nahdaniar Jemma, SKM.,M.Adm.Kes
Dosen Prodi S1 Administrasi Kesehatan
Universitas Andi Sudirman

Penulis lahir di Watampone tanggal 03 Juni 1990, Anak pertama dari Bapak Drs. H. Andi Jemma dan ibu Hj. Nurjannah, B.Sc. Penulis sudah menikah dan memiliki satu orang putri kecil yang cantik. Penulis menyelesaikan Pendidikan Strata 1 (S1) Kesehatan Masyarakat Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia pada Tahun 2012, dan Menyelesaikan Pendidikan Magister (S2) Administrasi Kesehatan pada STIA LAN Makassar pada Tahun 2015. Sebelumnya penulis pernah bekerja dengan penempatan pada Rumah Sakit Swasta, dan kemudian beralih profesi menjadi seorang Dosen hingga saat ini. Penulis diamanahkan bekerja di Program Studi Administrasi Kesehatan dengan jobdesk sebagai Dosen, dan juga memiliki tugas lain sebagai Kepala Bagian, SPMI, AMI dan Monev di Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Andi Sudirman.

PROFIL PENULIS



Hadriyanti, S.K.M., M.Kes.

**Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar**

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 28 Oktober 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia Makassar. Penulis bisa dihubungi melalui email: hadriyanti.itsbm@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Dosen Administrasi Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah (ITSBM) Selayar

Hariani, S.K.M.,M.Kes adalah dosen Administrasi Kesehatan di Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah (ITSBM) sejak 29 Agustus 2022. Beliau telah aktif dalam bidang pendidikan Adminstrasi Kesehatan dan memiliki keahlian yang mendalam di bidang ilmu Kesehatan. Buku ini merupakan karya pertama. Hariani,S.K.M.,M.Kes berinovasi dalam pendekatan pembelajaran dan pengembangan pengetahuan dalam dunia kesehatan, sejalan dengan perkembangan pesat di era digital.

EKONOMI KESEHATAN

Buku *Ekonomi Kesehatan* ini membahas secara komprehensif hubungan antara prinsip-prinsip ekonomi dan sektor kesehatan, dengan tujuan memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana sumber daya kesehatan dikelola secara efisien. Dimulai dengan pengenalan konsep dasar ekonomi kesehatan, buku ini mengupas aspek permintaan dan penawaran jasa layanan kesehatan, sistem pembiayaan, serta analisis biaya dan manfaat dalam sektor kesehatan. Selain itu, pembahasan mengenai pengelolaan sumber daya kesehatan, termasuk tenaga medis, fasilitas, dan teknologi, menjadi fokus utama dalam memahami bagaimana berbagai elemen ekonomi berkontribusi terhadap efektivitas pelayanan kesehatan. Buku ini menyoroti peran ekonomi pasar dan intervensi pemerintah dalam sektor kesehatan, termasuk kebijakan dan regulasi yang bertujuan untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan. Analisis perilaku konsumen dalam pengambilan keputusan kesehatan, konsep dan implementasi asuransi kesehatan, serta dampak globalisasi terhadap sistem ekonomi kesehatan juga dibahas untuk memberikan wawasan yang lebih luas. Sebagai penutup, buku ini mengevaluasi tantangan serta peluang di masa depan dalam menghadapi perubahan ekonomi dan teknologi, khususnya di era *Society 5.0*. Dengan pendekatan yang sistematis dan berbasis data, buku ini menjadi referensi yang relevan bagi akademisi, praktisi kesehatan, serta pembuat kebijakan dalam mengelola sektor kesehatan secara lebih efektif.



Penerbit
Tri Edukasi Ilmiah

edukasiilmiah@gmail.com
Jalan Raya Pakan Kamis, Gadut,
Tialatang Kamang, Kabupaten Agam, Sumatera Barat

ISBN 978-634-7178-01-5



9

786347

178015



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA