

MANAJEMEN KESEHATAN

STRATEGI, SISTEM, DAN INOVASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN MODERN



Penulis:

Salwa Fasya Assyifa, Rima Artanti, Aidina Futri Ritonga, Naila Tri Absari,
Ghifari Syafa Sukoco, Aulia Rahmadani, Putri Ramadan Tumangger,
Grece Joise Annesia S, Mei Hera Aswar

Copyright © 2026, Penerbit Yayasan Insan Cipta Medan

Judul Buku : Manajemen Kesehatan: Strategi, Sistem dan Inovasi dalam
Pelayanan Kesehatan Modern

Penulis : Salwa Fasya Assyifa
Rima Artanti
Aidina Putri Ritonga
Naila Tri Absari
Ghifari Syafa Sukoco
Aulia Rahmadani
Putri Ramadan Tumangger
Grece Joise Annesia.S
Mei Hera Aswar

Penerbit : Yayasan Insan Cipta Medan
Jalan Baru, Gang Keluarga, No. Hp 085376744230,
Medan Tembung, 20225

Email : yayasaninsanciptamedan@gmail.com

Website : <https://insanciptamedan.or.id/>

Cetakan Pertama : Januari 2026

Penata Letak : Gumarpi Rahis Pasaribu

QRCBN :



62-3870-2150-842

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku berjudul “Manajemen Kesehatan: Strategi, Sistem, dan Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan Modern” ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai bentuk kontribusi dalam pengembangan keilmuan di bidang kesehatan, khususnya dalam konteks manajemen kesehatan yang terus berkembang seiring dengan tuntutan pelayanan kesehatan modern.

Perkembangan sistem pelayanan kesehatan saat ini menuntut pengelolaan yang efektif, efisien, dan berorientasi pada mutu. Dalam konteks tersebut, peran tenaga kesehatan, termasuk tenaga gizi, menjadi sangat penting tidak hanya dalam aspek pelayanan klinis, tetapi juga dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, serta evaluasi pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, buku ini disusun untuk membahas berbagai konsep, strategi, dan inovasi manajemen kesehatan yang relevan dan aplikatif, terutama dalam mendukung pelayanan gizi yang berkualitas dan berkelanjutan.

Materi dalam buku ini disajikan secara sistematis dengan mengintegrasikan konsep manajemen kesehatan, sistem pelayanan kesehatan, serta inovasi yang berkembang dalam pelayanan kesehatan modern. Diharapkan buku ini dapat menjadi sumber referensi bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, praktisi gizi, serta pembaca umum yang ingin memahami peran manajemen dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki keterbatasan dan belum sepenuhnya sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan sebagai bahan evaluasi dan penyempurnaan di masa yang akan datang. Akhir kata, penulis berharap buku ini dapat memberikan manfaat, menambah wawasan, serta menjadi bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Medan, Januari 2026

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I KONSEP DASAR MANAJEMEN KESEHATAN	1
A. <u>P</u> engertian Manajemen Dan Manajemen Kesehatan	1
B. <u>R</u> uang Lingkup Dan Fungsi Manajemen	8
C. <u>P</u> eran Manejer Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan	12
D. <u>P</u> rinsip Efisiensi, Efektivitas, Dan Mutu Pelayanan Kesehatan	14
BAB II SISTEM KESEHATAN DI INDONESIA	199
A. Struktur dan Komponen Sistem Kesehatan Nasional.....	20
B. Peran Pemerintah, Swasta, dan Masyarakat	24
C. Kebijakan Kesehatan Nasional dan Peraturan Perundangan	28
D. Tantangan Pemerataan Pelayanan Kesehatan di Indonesia.....	31
E. <u>R</u> ekomendasi Kebijakan dan Strategi untuk Pemerataan	33
BAB III PERENCANAAN DAN PENGORGANISASIAN LAYANAN	
KESEHATAN.....	35
A. Langkah-Langkah Perencanaan Program Kesehatan	35
B. Pendekatan Bottom-Up dan Top-Down dalam Perencanaan Layanan	
Kesehatan	44
C. Pengorganisasian Tenaga dan Fasilitas Kesehatan.....	51
D. Desain Organisasi Pelayanan Kesehatan.....	54
BAB IV MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.....	62
A. Rekrutmen Dan Penempatan Tenaga Kesehatan.....	62
B. Pengembangan Kompetensi Dan Pelatihan Berkelanjutan	64
C. Motivasi Dan Kepuasan Kerja Tenaga Kesehatan	68
D. Penilaian Kinerja Dan Pengelolaan Konflik Di Lingkungan Kerja	71
BAB V MANAJEMEN KEUANGAN DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN	
.....	778
A. Sumber Pembiayaan dalam Sektor Kesehatan	78
B. Penganggaran dan Alokasi Dana Kesehatan	82
C. Manajemen Keuangan di Rumah Sakit dan Puskesmas.....	86
D. Asuransi Kesehatan dan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	91

E. Rekomendasi Kebijakan dan Praktik Manaherial.....	93
BAB VI MANAJEMEN LOGISTIK DAN SARANA KESEHATAN	94
A. Perencanaan Kebutuhan Obat, Alat, & Bahan Medis	94
B. Sistem Distribusi Logistik Kesehatan	100
C. Pengawasan, Penyimpanan, Dan Kontrol Mutu Barang	105
BAB VII MANAJEMEN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	112
A. Konsep Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan	113
B. Keselamatan Pasien Dan Pelaporan Insiden Keselamatan	123
C. Continuous Quality Improvement (CQI)	127
BAB VIII MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PROMOSI KESEHATAN.....	130
A. Pendekatan Manajemen Berbasis Masyarakat	131
B. Program Kesehatan Promotif dan Preventif	133
C. Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan.....	136
D. Strategi Komunikasi dan Edukasi Kesehatan.....	138
BAB IX INOVASI DAN TRANSFORMASI DIGITAL DALAM MANAJEMEN KESEHATAN.....	149
A. Transformasi Digital di Sektor Kesehatan	149
B. Pemanfaatan Big Data, Kecerdasan Buatan (AI), dan Telemedicine	153
C. Smart Hospital dan E-Health System	156
PENULIS	164

BAB I

KONSEP DASAR MANAJEMEN KESEHATAN

A. Pengertian Manajemen Dan Manajemen Kesehatan

Kata manajemen berasal dari bahasa latin yaitu dari asal kata manus yang berarti tangan dan agere yang berarti melakukan. Kedua kata itu digabungkan menjadi kata kerja managere yang artinya menangani. Managere diterjemahkan kedalam bahasa Inggris dalam bentuk kata kerja to manage dengan kata benda management. Manajer untuk orang yang melakukan kegiatan manajemen. Bahasa Prancis (*management*), yang memiliki arti seni melaksanakan dan mengatur. Management diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia menjadi manajemen atau pengelolaan.¹

Manajemen telah berkembang sedemikian rupa sehingga akan dijumpai variasi definisi manajemen. Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan terhadap usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Manajemen adalah seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang. Dapat pula dikatakan bahwa manajemen adalah ilmu dan seni, yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pengarah-an, dan pengawasan terhadap kinerja organisasi dengan meng-gunakan sumber daya yang dimiliki untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi.²

George R. Terry dalam buku *Principles of Management*, menyatakan bahwa *management is the accomplishing of a predetermined obejcrives through the effort of otherpeople*, atau manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan melalui atau bersama-sama usaha orang lain. Manajemen sangat penting bagi setiap aktivitas individu atau kelompok dalam organisasi untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Manajemen berorientasi pada proses (process oriented) yang berarti bahwa manajemen membutuhkan sumber daya manusia, pengetahuan, dan

¹ Gita Trikartika et al., "Pemanfaatan Manajemen dalam Organisasi Kesehatan" 9 (2025): 4318–23.

² Dian Wijayanto, "Pengantar Manajemen," n.d., <https://doi.org/978-979--22-8134-7>.

keterampilan agar aktivitas menjadi lebih efektif atau dapat menghasilkan tindakan dalam mencapai kesuksesan. Oleh sebab itu, tidak ada organisasi yang akan sukses apabila tidak menggunakan manajemen yang baik.

Manajemen adalah proses mengoordinasikan dan mengintegrasikan berbagai aktivitas dalam meraih sasaran organisasi dengan efektif serta efisien. Definisi ini menekankan pentingnya pengelolaan sumber daya secara optimal agar organisasi dapat beroperasi lancar dan menghasilkan output maksimal. Efisiensi dalam manajemen berkaitan dengan pemanfaatan sumber daya secara hemat tanpa pemborosan, sementara efektivitas berfokus pada pencapaian tujuan yang ditetapkan.³

Manajemen mencakup serangkaian aktivitas yang melibatkan pengambilan keputusan, perencanaan, kepemimpinan, dan pengendalian dalam suatu sistem organisasi. Definisi ini menunjukkan bahwa manajemen selain tentang koordinasi dan integrasi, juga mencakup aspek kepemimpinan yang berperan mengarahkan individu dan tim menuju pencapaian tujuan.⁴

Secara etimologis diantaranya istilah manajemen berasal dari bahasa latin manus yang berarti "tangan", dalam bahasa italia maneggiare berarti "mengendalikan, dalam bahasa inggris istilah manajemen berasal dari kata to manage yang berarti mengatur. Sedangkan secara terminologis para pakar mendefinisikan. manajemen secara beragam, diantaranya:

1. Schein memberi definisi manajemen sebagai profesi. Menurutnya manajemen merupakan suatu profesi yang dituntut untuk bekerja secara profesional, karakteristiknya adalah para profesional membuat keputusan berdasarkan prinsip-prinsip umum, para profesional mendapatkan status mereka karena mereka. mencapai standar prestasi kerja tertentu, dan para profesional harus ditentukan suatu kode etik yang kuat.

³ Nur Cahyadi dan Imelda Tamba, "Konsep Dasar Manajemen Strategi," n.d., <https://books.google.co.id/books?id=Nmy2EAAAQBAJ&lpg=PA1&ots=96xVrxemR9&dq=kons p dasar manajemen strategi&lr&hl=id&pg=PR2#v=onepage&q=kons p dasar manajemen strategi&f=false>.

⁴ Ahmad Firdaus Loso Judijanto, "Konsep Dasar Manajemen," 2025, <https://books.google.co.id/books?id=PWpcEQAAQBAJ&lpg=PA19&ots=4rDJ6qUpIF&dq=kons p dasar manajemen&lr&hl=id&pg=PA19#v=onepage&q=kons p dasar manajemen&f=false>.

2. Terry memberi pengertian manajemen yaitu suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pebgarahan suatu kelompok orang-orang kearah tujuan-tujuan organisasional atau maksudmaksud yang nyata.⁸ Hal tersebut meliputi pengetahuan tentang apa yang harus dilakukan, menetapkan cara bagaimana melakukannya, memahami bagaimana mereka harus melakukannya dan mengukur efektivitas dari usaha-usaha yang telah dilakukan.
3. Luther Gulick mendefinisikan manajemen sebagai suatu bidang ilmu pengetahuan (science) yang berusaha secara sistematis untuk memahami mengapa dan bagaimana manusia bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan dan membuat sistem ini lebih bermanfaat bagi kemanusiaan.⁵

Secara sederhana kata manajemen berasal dari bahasa Inggris yang merupakan terjemahan langsung dari kata management yang berarti pengelolaan, ketata laksanaan atau tata pimpinan. Sementara dalam kamus Inggris Indonesia karangan John M.Echols dan Hasan Shadily Management berasal dari akar kata *to manage* yang berarti mengurus, mengatur, melaksanakan, mengelola dan memperlakukan. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online, Manajemen artinya penggunaan sumber daya secara efektif untuk mencapai sasaran.⁶

Dari beberapa pengertian di atas, baik dari segi ilmu maupun seni, dapat disimpulkan bahwa manajemen merupakan proses merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, dan mengendalikan pekerjaan anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai sasaran organisasi yang sudah ditetapkan. Sumber daya organisasi yang dimaksud adalah seluruh aset yang dimiliki oleh organisasi, baik manusianya dan keterampilan, *know-how*, serta pengalaman mereka, maupun mesin. bahan mentah, teknologi, citra organisasi, paten, modal finansial, serta loyalitas pegawai dan pelanggan.

⁵ Universitas Khairun Ternate, "KONSEP DASAR MANAJEMEN PENDIDIKAN ISLAM Marwan Syaban," 1907, 131–41.

⁶ Rasidin Calundu, "Manajemen Kesehatan," 2018, [https://books.google.co.id/books?id=W1RtDwAAQBAJ&lpg=PR1&ots=0XKTNuN9U1&dq=manajemen kesehatan&lr&hl=id&pg=PR2#v=onepage&q=manajemen kesehatan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=W1RtDwAAQBAJ&lpg=PR1&ots=0XKTNuN9U1&dq=manajemen%20kesehatan&lr&hl=id&pg=PR2#v=onepage&q=manajemen%20kesehatan&f=false).

Selain beberapa definisi tersebut, manajemen juga merupakan pengambilan keputusan (*management is decision making*). Hal itu dapat dilihat bagaimana seorang harus melakukan pekerjaan, misalnya pimpinan harus mengambil keputusan untuk menentukan pengembangan produk baru, menentukan pasar sasaran, memperluas usaha, menentukan strategi pemasaran, menerima, atau mengeluarkan karyawan dan berbagai pekerjaan yang lain. Pengertian ini bukan berarti bertentangan atau berbeda dari definisi-definisi terdahulu. Apabila kita simak kembali, manajemen adalah fungsi yang berhubungan dengan memperoleh hasil tertentu melalui orang lain. Dalam pengertian ini pun sudah tampak adanya proses pengambilan keputusan antara lain manajer harus menentukan tujuan tertentu atau tujuan yang akan dicapai, kemudian menentukan pihak, waktu, dan cara melaksanakan pekerjaan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.⁷

a. Manajemen Kesehatan

Manajemen merupakan ilmu yang sangat dibutuhkan dalam berbagai aktivitas termasuk dalam aktivitas manajerial pelayanan kesehatan. Manajemen yang baik merupakan kemampuan teknis dan dapat diperoleh dengan belajar. Praktik manajemen diakui sebagai faktor penting dalam meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan fungsi dari beberapa variabel seperti faktor sosial, individu, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan (Hamilton, Howell and Jordan, 2021). Konsep manajemen strategis, dimana organisasi secara sengaja diarahkan menuju tujuan yang jelas, apa tujuan kita, mengapa kita ada disini, mengapa kita. memilih tujuan itu dan apakah merupakan pilihan terbaik, bagaimana cara terbaik untuk mencapai tujuan kita dan apa strategi yang paling mungkin berhasil.⁸

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan

⁷ Syamsul Arifin et al., *BUKU AJAR : KAJIAN MASALAH*, n.d.

⁸ Nurcholisah Fitra dan Dina Khomariyatul Hasanah, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2025.

kata masyarakat. Oleh karena itu, yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan. lain, manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan Masyarakat.⁹

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Penyelenggaraan program kesehatan masyarakat harus dikelola dengan manajemen yang baik dan pada prinsipnya sama dengan manajemen pada umumnya yaitu supaya tercapainya tujuan yang akan dicapai. Pentingnya manajemen kesehatan akan menambah kualitas hidup masyarakat. Bidan mengambil peran yang tak kalah penting dalam hal ini. Seperti yang kita ketahui bidan bertanggung jawab akan ibu dan bayi.¹⁰

Manajemen kesehatan merupakan segala kegiatan dalam pengaturan, baik para petugas kesehatan maupun non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Manjemen kesehatan adalah segala bentuk proses dalam menggerakkan sumber daya manusia untuk merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengawasi semua kegiatan pelayanan kesehatan dalam upaya untuk:

- 1) mengetahui permasalahan terkait dalam pelayanan kesehatan.
- 2) Mendefinisikan masalah pelayanan kesehatan.
- 3) Mengumpulkan fakta yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.
- 4) Data dan informasi yang muncul dalam pelayanan kesehatan.
- 5) Melakukan penyusunan alternatif terkait penyelesaian masalah pelayanan kesehatan. (6) mengambil keputusan pelayanan kesehatan dengan memilih salah satu alternatif penyelesaian dan melaksanakan keputusan serta tindak lanjut untuk menggapai tujuan yang hendak dicapai.

b. Manfaat Manajemen Kesehatan

⁹ M. Khalid Fredy Saputra, "Konsep Pembangunan Kesehatan," 2023, https://books.google.co.id/books?id=MvmxEAAAQBAJ&lpg=PA1&ots=o8_XcSmtP6&dq=manajemen kesehatan&lr&hl=id&pg=PA1#v=onepage&q=manajemen kesehatan&f=false.

¹⁰ Iwan Dwiprahasto, "2898-5068-1-SM.pdf," 2004.

Manajemen kesehatan yang baik memiliki berbagai manfaat, baik bagi pasien maupun organisasi kesehatan secara keseluruhan.

- Peningkatan Kualitas Layanan

Manajemen yang efektif memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan dengan standar tinggi. Dengan pengawasan yang baik, kesalahan medis dapat diminimalkan dan perawatan pasien menjadi lebih aman dan berkualitas.

- Efisiensi Operasional

Dengan manajemen yang terorganisir, rumah sakit dan pusat kesehatan dapat mengelola sumber daya mereka dengan lebih efisien. Hal ini berarti pengurangan pemborosan dan peningkatan dalam hal kecepatan layanan, yang pada akhirnya mengurangi waktu tunggu bagi pasien.¹¹

- Peningkatan Kepuasan Pasien

Ketika manajemen kesehatan dilakukan dengan baik, pasien menerima layanan yang lebih baik, yang meningkatkan tingkat kepuasan mereka. Kepuasan pasien adalah indikator penting dari keberhasilan pelayanan kesehatan dan ini berpengaruh pada reputasi institusi kesehatan.

- Pengelolaan Risiko yang Lebih Baik

Manajemen kesehatan yang baik memungkinkan identifikasi dan mitigasi risiko secara proaktif. Ini penting untuk mencegah insiden yang dapat membahayakan pasien atau merusak reputasi institusi kesehatan.¹²

- Pengembangan Sumber Daya Manusia

Manajemen kesehatan juga mencakup pengembangan dan pelatihan tenaga kerja. Dengan memastikan bahwa staf medis memiliki keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan, kualitas layanan dapat ditingkatkan dan kesalahan medis dapat dikurangi.

¹¹ Rusdi Raprayogha, "Pengantar Ilmu Manajemen (Teori dan Implementasi)," 2022, [https://books.google.co.id/books?id=JL2bEAAAQBAJ&lpg=PA43&dq=ruang lingkup manajemen&lr&hl=id&pg=PA43#v=onepage&q=ruang lingkup manajemen&f=false](https://books.google.co.id/books?id=JL2bEAAAQBAJ&lpg=PA43&dq=ruang%20lingkup%20manajemen&lr&hl=id&pg=PA43#v=onepage&q=ruang%20lingkup%20manajemen&f=false).

¹² Syamsul Arifin et al., "Sistem pelayanan kesehatan masyarakat 085725994411," 2022.

- Peningkatan Keberlanjutan Layanan

Dengan pengelolaan yang tepat, organisasi kesehatan dapat memastikan bahwa mereka memiliki sumber daya yang cukup untuk beroperasi dalam jangka panjang. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan tetap tersedia bagi masyarakat di masa depan.

Manajemen kesehatan merupakan komponen penting dalam menjaga dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Dengan perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, dan evaluasi yang tepat, institusi kesehatan dapat memberikan layanan yang lebih baik, lebih efisien, dan lebih aman bagi pasien.

Adapun manfaat dari manajemen kesehatan yang efektif tidak hanya dirasakan oleh pasien, namun juga oleh seluruh sistem kesehatan, yang pada akhirnya berkontribusi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan.¹³

- c. Kebutuhan akan manajemen

Organisasi tanpa manajemen bagaikan perahu yang mengarungi lautan tanpa kendali, ia terombang ambing dengan gelombang yang menerpanya, sehingga arah dan tujuan yang diinginkannya tidak bisa dicapai dalam waktu yang sesingkat-singkatnya. Padahal jika ia memenej dengan baik arah dan tujuannya, mulai dari awal pemberangkatan bisa saja ia sampai di tujuan dalam waktu yang singkat. Begitu pula jika suatu usaha atau organisasi tidak dimenej dengan baik, maka pencapaian tujuan akan lebih sulit untuk kita capai.¹⁴

Siti Asiah T. (2017), mengemukakan tiga alasan utama mengapa manajemen sangat diperlukan oleh organisasi. Alasan itu disebutkan berikut ini:

1. Untuk mencapai tujuan secara optimal;

¹³ Ahmad Arisatul Cholik, "Teori efisiensi dalam ekonomi islam" 1, no. 15 (2013): 167–82.

¹⁴ Exda Hanung Lidiana, Krisnanda Aditya Pradana, dan Fitria Eka Resti Wijayanti, "MANAJEMEN MUTU PELAYANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH" Vol.12 No. (2024), <https://doi.org/https://doi.org/10.52236/ih.v12i1.355>.

2. Untuk menjaga keseimbangan di antara tujuan-tujuan yang saling bertentangan, artinya tujuan-tujuan sasaran-sasaran dan kegiatan-kegiatan yang ada dalam organisasi bisa saja menimbulkan pertentangan karena adanya pihak-pihak yang bekepentingan. Karena itu dengan adanya manajemen, maka pertentangan tersebut dapat dicegah.
3. Untuk mencapai efisiensi dan efektifitas, efisiensi dan efektifitas adalah dua konsep yang digunakan untuk mengukur performance manajemen. Efisiensi adalah kemampuan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dengan benar. Ini merupakan konsep matematis, atau merupakan perhitungan ratio antara output dan input. Sedangkan efektifitas adalah merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tetap atau peralatan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, seorang manajer efektif dapat memilih pekerjaan yang harus dilakukan. atau metode (cara) yang tepat untuk mencapai tujuan. Menurut ahli manajemen Peter Drucker efektifitas adalah *doing the right things* artinya melakukan pekerjaan yang benar, sedang efisiensi adalah *doing things right* artinya melakukan pekerjaan dengan benar.¹⁵

Setiap kegiatan yang dilakukan manusia diharapkan dapat mencapai tujuan yang diinginkan.

B. Ruang Lingkup Dan Fungsi Manajemen

Manajemen merupakan sarana untuk meraih target atau sasaran yang sudah ditentukan dengan orang lain. Tanpa adanya kerja sama dan yang melakukan kerja sama maka manajemen tidak akan pernah terjadi, maka dari itu manajemen sangat tergantung dan terkait pada manusianya. Manajemen bisa dilihat baik dan buruk hanya melihat manusianya saja, jika manusianya baik bisa dipastikan akan menjadi bagus manajemen tersebut, sebaliknya manajemen akan buruk jika manusia didalamnya tidak baik

¹⁵ Nova Hari Santhi et al., "PAJAK BUMI DAN BANGUNAN PERKOTAAN DAN PEDESAAN (PBB P2) DI KABUPATEN LOMBOK TIMUR (Studi Kasus Pada Kecamatan Selong)," no. 2 (2022): 12–26.

dalam menjalankan fungsi wewenang dan tanggungjawabnya yang akibatnya manajemen menjadi berantakan.¹⁶



Berkaitan dengan itu, manajemen biasanya dikerjakan dan dilaksanakan oleh serangkaian orang-orang yang memiliki kompetensi, terampil, berpengalaman juga berpendidikan. Hasil akhir yang akan diterima oleh organisasi sangat bergantung pada rencana yang sudah dibuat, baik itu hasil yang positif (profit) maupun hasil yang negatif (kerugian). Beberapa dekade yang lalu, karyawan ataupun pegawai dikategorikan sebagai salah satu faktor produksi, namun untuk saat ini persepsi terkait hal ini telah berubah dikarenakan karyawan ataupun pegawai diberdayagunakan sebagai elemen yang penting bagi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi dalam jangka panjang.¹⁷

Manajemen merupakan suatu kemampuan atau keterampilan kegiatan yang meliputi pengaturan, serta pengorganisasian yang mempunyai tujuan tercapainya kegiatan pendidikan secara efektif dan efisien. Dengan demikian, bagi pengembang pendidikan sangat penting untuk memahaminya sebagai dasar bagi proses pencapaian tujuan. Tujuannya adalah agar dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan,

¹⁶ Rizki Febri et al., "Efektifitas Manajemen Operasional dalam Menjaga Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rs Rizani" 8 (2024): 46370–75.

¹⁷ Vina Yulia Anhar Syamsul Arifin, Fauzie Rahman, anggun Wulandari, "Buku Ajar Dasar Dasar Manajemen Kesehatan," n.d.

sesuatu yang diwujudkan yang menggambarkan suatu ruang lingkup tertentu, dalam pelaksanaan dan pengawasannya manajemen mengelola semua sumber daya seperti pendidik, biaya, mesin, pasar, waktu, metode, bahan, dan semua informasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.¹⁸

Manajemen jika dipelajari secara sistemik, komprehensif dan dilaksanakan secara konsisten akan lebih menjamin untuk mencapai keberhasilan karena arah tujuan dan sasarannya sudah jelas. Dan jikalau terjadi kegagalan maka melalui manajemen dapat dilakukan evaluasi kembali untuk dapat dijadikan bahan pembelajaran (lesson learned) bagi pengembangan organisasi melalui perbaikan perencanaan dan tindakan secara berkelanjutan. Sementara manajemen diartikan sebagai profesi karena kegiatan manajemen tidak bisa dilakukan oleh semua orang secara sembarangan. Kegiatan manajemen dilakukan oleh manajer yang memiliki keahlian dan keterampilan untuk memanage sumber-sumber daya dalam organisasi.¹⁹

Setiap organisasi profit ataupun non profit, organisasi yang menghasilkan barang ataupun organisasi yang menghasilkan jasa pasti tidak terlepas dari kegiatan manajemen. Melalui kegiatan manajemen yang baik maka semua sumber daya yang ada dalam organisasi dapat direncanakan, diorganisasikan, diarahkan dan diawasi sehingga dapat mencapai tujuan organisasi dengan cara efektif dan efisien. Dikatakan efektif karena dalam mencapai tujuan organisasi dilakukan melalui cara yang benar dari beberapa alternatif pilihan dan diimplementasikan dengan tepat dan dalam waktu yang cepat. Sementara dikatakan efisien karena dalam mencapai tujuan organisasi dilakukan dengan pemanfaatan sumber daya organisasi yang minimal namun hasil dari pemanfaatan sumber daya organisasi tersebut maksimal.²⁰

¹⁸ Yuni Harnita, "Ruang Lingkup dan Fungsi Supervisi Dalam Manajemen Sumber Daya Manusia" 7, no. 3 (2025): 66–76.

¹⁹ Sentot Imam Wahjono, "Manajemen Dan Peran Manajer," 2022.

²⁰ Subur Prajitno, "Kebijakan dan Manajemen Kesehatan dan Problem Solving," n.d., [https://books.google.co.id/books?id=MYEqEAAAQBAJ&lpg=PP1&ots=itZRghP8gV&dq=manajemen pelayanan kesehatan&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q=manajemen pelayanan kesehatan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=MYEqEAAAQBAJ&lpg=PP1&ots=itZRghP8gV&dq=manajemen%20pelayanan%20kesehatan&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q=manajemen%20pelayanan%20kesehatan&f=false).

Menurut Purhadi, 2003 Ruang Lingkup Manajemen terdiri dari sebagai berikut

- 1) Lingkungan Luar (Eksternal) terdiri dari:
 - a. Lingkungan Umum, meliputi ekonomi, politik, hu-kum, sosio kultural (budaya), teknologi, dimensi internasional (seperti globalisasi dan paham ekonomi), dan kondisi lingkungan alam.
 - b. Lingkungan Khusus (Tugas), meliputi pemilik (stock-holder), customer, klien, pemasok (suplier), pesaing, suplai tenaga kerja, badan pemerintah, lembaga keuangan, media, dan serikat pekerja.
- 2) Lingkungan Dalam (Internal) terdiri dari:
 - a. Manusia (specialized dan manajerial personal).
 - b. Finansial (sumber, alokasi, dan control dana).
 - c. Fisik (gedung, kantor, dll).
 - d. Sistem dan Teknologi.
 - e. Sistem Nilai dan Budaya Organisasi.²¹

Untuk mengukur dan menganalisis lingkungan ini digunakan analisis SWOT.

a. Fungsi Manajemen

Fungsi-fungsi manajemen pada umumnya terdiri atas empat kegiatan yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Berikut fungsinya yaitu:

- Fungsi perencanaan (Planning)

perencanaan (Planning) adalah suatu kegiatan membuat tujuan perusahaan dan diikuti dengan membuat berbagai rencana untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan tersebut. Planning atau perencanaan merupakan pemilihan atau penetapan tujuan-tujuan organisasi dan penentuan strategi kebijaksanaan proyek program prosedur metode sistem anggaran dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan.

- Fungsi pengorganisasian (Organizing)

pengorganisasian (Organizing) adalah suatu kegiatan pengaturan pada sumber daya manusia dan sumber daya fisik lain yang dimiliki perusahaan

²¹ Muhammad Shofwan Mawally Nafis Badri Anis Zohriah, Hikmatul Fauzjiah, Adnan, "Ruang Lingkup Manajemen Pendidikan Islam" 5 (2023): 704–13, <https://doi.org/10.17467/jdi.v5i3.4081>.

untuk menjalankan rencana yang telah ditetapkan serta menggapai tujuan organisasi. Penentuan sumber daya dan kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi. Perancangan dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang akan dapat membawa hal-hal tersebut ke arah tujuan.

- Fungsi pengarahan (Leading, Staffing, Directing)

pengarahan (Leading, Staffing, Directing) adalah suatu fungsi kepemimpinan manajer untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja secara maksimal serta menciptakan lingkungan kerja yang sehat, dinamis, dan lain sebagainya. Penugasan tanggung jawab tertentu. Leading atau fungsi pengarahan adalah bagaimana membuat atau mendapatkan para karyawan melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan. Staffing atau penyusunan personalia adalah penarikan (recruitment) latihan dan pengembangan serta penempatan dan pemberian orientasi pada karyawan dalam lingkungan kerja yang menguntungkan dan produktif

- Fungsi pengendalian (Controlling)

pengendalian (Controlling) adalah suatu aktivitas menilai kinerja berdasarkan standar yang telah dibuat untuk kemudian dibuat perubahan atau perbaikan jika diperlukan. Controlling atau pengawasan adalah penemuan dan penerapan cara dan alat untuk menjamin bahwa rencana telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah ditetapkan.²²

C. Peran Manejer Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Manajer Pelayanan Kesehatan (Health Services Manager) adalah seorang profesional yang bertanggung jawab atas pengelolaan operasional dan administratif dalam organisasi layanan kesehatan. Peran ini mencakup berbagai tanggung jawab, termasuk perencanaan strategis, manajemen keuangan, kebijakan, dan pengembangan program-program layanan kesehatan. Selain itu, manajer memiliki peran penting dalam mengembangkan dan mengawasi sistem mutu pelayanan. Manajer

²² Aindah Safitri Dinata dan Dewi Agustina, "MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN ERA JAMINAN" 4, no. September (2023): 2714–18.

bertanggung jawab menciptakan lingkungan yang mendukung peningkatan mutu secara berkelanjutan, termasuk mengurangi variasi pelayanan yang tidak efektif, memperkuat komunikasi antar-profesi, serta memastikan proses pelayanan berjalan sesuai prosedur.²³

Dengan menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang kompleks dan penuh tantangan, diperlukan manajemen yang dilakukan secara sadar, terencana, dan berkesinambungan. Manajer pelayanan kesehatan memegang peran penting sebagai individu yang bertanggung jawab memastikan bahwa organisasi kesehatan mampu mencapai tujuan pelayanan dan mutu pelayanan kesehatan.

Manajer pelayanan Kesehatan memastikan bahwa organisasi mematuhi peraturan dan kebijakan kesehatan yang berlaku, seperti yang ditetapkan oleh badan pengatur kesehatan setempat, negara, dan federal. Berkolaborasi dengan komunitas untuk memahami dan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara efektif. Manajer Layanan Kesehatan perlu memiliki pemahaman mendalam tentang sistem layanan kesehatan, etika kesehatan, dan kebijakan kesehatan. Kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan kesehatan, kepemimpinan yang efektif, dan keterampilan dalam komunikasi dan negosiasi sangat diperlukan dalam menjalankan peran ini.²⁴

Manajer merupakan posisi strategis dalam sebuah organisasi termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan. Seorang manajer memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan sumber daya organisasi agar tujuan dapat dicapai secara efektif dan efisien. Dalam menjalankan perannya, manajer menerapkan empat fungsi utama manajemen, yaitu merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, dan mengendalikan. Manajer juga terbagi ke dalam tiga tingkatan, yaitu manajer lini pertama, manajer menengah, dan manajer puncak. Ketiga tingkatan ini bekerja secara terstruktur dan saling melengkapi sehingga pelayanan kesehatan dapat berjalan optimal.²⁵

²³ Ervina Maulida dan Anggri Puspita Sari, *Pengantar Manajemen*, 2023.

²⁴ Undang Ruslan Wahyudin, *Manajemen Pembiayaan Pendidikan*, ed. oleh Hinggil Permana, 1 ed. (Yogyakarta, 2021).

²⁵ Laksono Trisnantoro, "Memperbesar Peran Ahli Kebijakan Dan Ahli Manajemen Pelayanan Kesehatan di Indonesia" 10, no. Maret (2007): 01–02.

Dalam sistem pelayanan kesehatan, peran manajer sangat erat kaitannya dengan pengelolaan subsistem pelayanan yang mencakup input, proses, output, dampak, umpan balik, dan lingkungan. Pada tahap input, manajer bertanggung jawab memastikan tersedianya sumber daya seperti tenaga kesehatan, sarana prasarana, serta potensi masyarakat yang dapat mendukung jalannya pelayanan. Manajer lini pertama mengawasi kinerja tenaga operasional, manajer menengah mengoordinasikan unit-unit pelayanan, sedangkan manajer puncak menetapkan kebijakan strategis mengenai pengadaan dan pengembangan sumber daya.

D. Prinsip Efisiensi, Efektivitas, Dan Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Prinsip Efisiensi

Prinsip efisiensi merupakan konsep dasar yang menekankan pada penggunaan sumber daya secara minimal untuk menghasilkan keluaran yang optimal. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, efisiensi berarti kemampuan menjalankan tugas dengan tepat dan cermat tanpa membuang waktu, tenaga, atau biaya. Hal ini menunjukkan bahwa efisiensi tidak hanya berkaitan dengan kehematan, tetapi juga tentang bagaimana seseorang atau organisasi mampu memilih cara yang paling efektif untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dalam praktik kehidupan sehari-hari, efisiensi menjadi pedoman agar aktivitas dapat dilakukan secara lebih ringan, produktif, dan memberikan hasil yang maksimal. Istilah ini juga memiliki kedekatan makna dengan kata hemat, yang dalam bahasa Inggris disetarakan dengan *thrifty* atau *economical*, sehingga menunjukkan hubungan erat antara efisiensi, kehematan, dan prinsip ekonomi.²⁶

Secara etimologis, konsep ekonomi berasal dari kata Yunani *oikonomia* yang berarti pengelolaan rumah tangga. Dari makna ini dapat dipahami bahwa prinsip ekonomi pada hakikatnya menuntut pengaturan sumber daya secara bijaksana dan sesuai aturan agar kebutuhan dapat terpenuhi dengan

²⁶ Leon Candra Hetty Ismainar, Muhammad Dedi Widodo, *Organisasi Manajemen Kesehatan*, ed. oleh Usman Taufik, 1 ed., 2021.

baik. Pandangan ekonomi modern kemudian mengembangkan konsep ini menjadi ilmu yang fokus pada bagaimana sumber daya yang terbatas dapat dimanfaatkan untuk memproduksi barang dan jasa yang bernilai serta mendistribusikannya kepada masyarakat. Dalam kerangka tersebut, efisiensi menjadi komponen penting karena berkaitan dengan bagaimana sumber daya yang langka dapat digunakan seoptimal mungkin. Oleh karena itu, prinsip efisiensi tidak hanya dipahami sebagai cara untuk mengurangi pemborosan, tetapi juga sebagai pendekatan rasional dan sistematis dalam mengelola semua bentuk sumber daya, baik waktu, tenaga, biaya, maupun pikiran.

Prinsip efisiensi menekankan pentingnya penggunaan sumber daya secara optimal untuk mencapai hasil yang diinginkan tanpa menimbulkan pemborosan. Efisiensi tercapai ketika suatu kegiatan mampu menghasilkan output dengan menggunakan biaya, waktu, tenaga, dan alat seminimal mungkin. Berdasarkan pandangan berbagai ahli, efisiensi juga dipahami sebagai proses mencapai tujuan dengan cara paling tepat, paling hemat, serta tetap menjaga kualitas hasil. Dengan kata lain, efisiensi menuntut manajemen untuk memilih metode kerja, teknologi, dan prosedur yang mampu meminimalkan biaya sekaligus memastikan bahwa tujuan kegiatan tetap tercapai sesuai standar.

b. Prinsip Efektivitas

Prinsip efektivitas menekankan pada sejauh mana suatu program pelayanan mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan hasil yang sesuai atau melampaui harapan. Efektivitas diartikan sebagai kesesuaian antara hasil yang diperoleh dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Konsep ini juga berhubungan dengan hubungan kausal antara cara yang digunakan (means) dan tujuan yang dicapai (ends) serta hubungan sebab dan akibat yang menegaskan bahwa pencapaian tujuan bergantung pada mekanisme dan tindakan yang tepat. Dalam pengukuran efektivitas, terdapat beberapa komponen yang harus diperhatikan yaitu cakupan pengaruh biaya, strategi atau metode yang digunakan untuk mencapai

tujuan serta mekanisme yang menjelaskan bagaimana pembiayaan tertentu dapat mendorong pencapaian sasaran organisasi.

Efektivitas dinilai dari sejauh mana program tersebut mampu memberikan hasil yang sesuai harapan, seperti peningkatan mutu pelayanan, ketepatan tindakan medis, penurunan kesalahan, serta meningkatnya kesehatan dan kepuasan pasien. Dalam penerapannya, efektivitas dicapai ketika seluruh sumber daya baik tenaga kesehatan, peralatan, maupun alur kerja digunakan secara tepat sehingga menghasilkan dampak nyata bagi peningkatan kualitas layanan kesehatan.

Efektivitas tidak hanya menilai tercapainya tujuan secara kuantitatif, tetapi juga secara kualitatif, sebagaimana dijelaskan oleh Treviño, Brown, dan Hartman yang menyatakan bahwa efektivitas dicirikan oleh qualitative outcomes. Dalam konteks manajemen keuangan dan pembiayaan, suatu kegiatan dianggap efektif apabila penggunaan biaya mampu mendukung aktivitas organisasi dan menghasilkan keluaran yang sesuai dengan rencana. Pengukuran efektivitas juga mencakup empat tahapan penting, yaitu input, proses, output, dan outcome. Input meliputi karakteristik sumber biaya; proses mencakup perilaku administratif dan pengalokasian dana; output berupa hasil yang diperoleh seperti prestasi, sikap, dan keadilan; serta outcome berupa keberlanjutan hasil seperti lulusan yang berprestasi atau reputasi lembaga yang meningkat. Efektivitas menekankan bahwa setiap program kesehatan harus mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan hasil yang nyata dan terukur. Suatu program dikatakan efektif apabila mampu memberikan dampak sesuai harapan, seperti peningkatan mutu pelayanan, ketepatan intervensi kesehatan, penurunan kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan, serta meningkatnya derajat kesehatan dan kepuasan masyarakat.

Dengan demikian, prinsip efektivitas berfokus pada pencapaian hasil yang berkualitas, ketepatan penggunaan biaya, kepuasan terhadap proses pembiayaan, serta kemampuan organisasi untuk beradaptasi dengan regulasi dan kebijakan yang berlaku. Efektivitas juga dapat dilihat dari sejauh mana pembiayaan mampu memberikan motivasi, meningkatkan

kualitas program, mendukung pencapaian tujuan, dan memastikan pendayagunaan biaya dilakukan tepat waktu dan tepat sasaran. Pada akhirnya, efektivitas menjadi indikator keberhasilan suatu lembaga dalam mengelola sumber daya untuk mencapai mutu yang diharapkan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.²⁷

c. Prinsip Mutu Pelayanan Kesehatan

Prinsip mutu pelayanan kesehatan berlandaskan pada upaya sistematis dan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas layanan melalui proses perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta perbaikan berkesinambungan. Manajemen mutu pelayanan kesehatan harus melibatkan seluruh elemen dalam sistem pelayanan termasuk tenaga medis, tenaga administratif, fasilitas pelayanan, serta sistem informasi kesehatan. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) prinsip mutu menjadi semakin penting karena bertujuan untuk meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi risiko dan kesalahan medis, meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya, serta menghasilkan tingkat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Untuk mencapai hal ini, seluruh pengelola dalam kepentingan seperti penyedia layanan kesehatan, pemerintah, dan pasien harus berpartisipasi aktif dalam proses peningkatan mutu. Salah satu prinsip penting dalam mutu pelayanan kesehatan adalah analisis berbasis data. Data yang terkumpul harus dianalisis secara sistematis untuk menilai kinerja layanan, mengidentifikasi kekurangan, dan menentukan area yang memerlukan perbaikan. Prinsip lainnya adalah pembelajaran dari praktik terbaik melalui studi kasus fasilitas kesehatan yang berhasil menerapkan manajemen mutu secara efektif pada era JKN. Melalui pembelajaran ini, fasilitas lain dapat mengadopsi strategi yang terbukti efektif dalam meningkatkan mutu pelayanan.

Prinsip aksesibilitas juga menjadi bagian penting dari mutu pelayanan kesehatan, terutama dalam kerangka JKN. Sistem asuransi kesehatan bertujuan memastikan bahwa seluruh penduduk dapat memperoleh layanan kesehatan yang layak tanpa hambatan finansial maupun geografis. Oleh karena itu, penerapan prinsip mutu harus

²⁷ Asih Media Yuniarti dan S Km, *Manajemen kesehatan*, 2022.

memastikan ketersediaan layanan yang bermutu bagi seluruh peserta, termasuk penguatan tenaga kesehatan, peningkatan layanan gawat darurat, dan optimalisasi sumber daya yang tersedia. Di sisi lain, perencanaan dan pengelolaan pelayanan yang efektif menjadi prinsip utama untuk menjamin bahwa mutu dapat dipertahankan dan ditingkatkan secara berkesinambungan. Secara keseluruhan, prinsip mutu pelayanan kesehatan mencakup komitmen pada perbaikan terus menerus, penerapan standar pelayanan, keterlibatan seluruh pemangku kepentingan, penggunaan data sebagai dasar pengambilan keputusan, pembelajaran dari pengalaman, serta penyediaan akses pelayanan yang merata dan berkualitas. Dalam era JKN, penerapan prinsip-prinsip ini tidak hanya menjadi kebutuhan, tetapi juga merupakan fondasi untuk mewujudkan layanan kesehatan yang aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien di seluruh Indonesia.²⁸

²⁸ John Suprihanto, *Manajemen*, ed. oleh Sutarno, 1 ed. (Yogyakarta, 2014), <https://books.google.co.id/books?id=5cdVDwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=rddCjDFMzF&dq=manajemen&lr&hl=id&pg=PR4#v=onepage&q=manajemen&f=false>.

BAB II

SISTEM KESEHATAN DI INDONESIA

Pendahuluan

Sistem kesehatan Indonesia masih menghadapi ketimpangan layanan dan keterbatasan kapasitas dalam merespons berbagai masalah kesehatan. Kondisi ini mendorong perlunya penguatan sistem agar lebih tangguh dan mampu menghadapi ancaman kesehatan secara cepat dan efektif. Peningkatan ketahanan kesehatan dilakukan melalui penguatan surveilans, laboratorium, serta kemampuan deteksi dan respons di seluruh wilayah.

Selain itu, peningkatan kualitas layanan primer menjadi fokus utama dalam memperbaiki sistem kesehatan nasional. Puskesmas dan fasilitas kesehatan dasar lainnya diarahkan untuk menyediakan layanan yang lebih merata dengan dukungan tenaga kesehatan yang cukup, distribusi yang lebih adil, serta pemanfaatan alat kesehatan yang lebih mandiri. Penguatan upaya promotif dan preventif juga menjadi strategi penting agar masyarakat lebih terlindungi, sekaligus menekan beban layanan kuratif yang menumpuk di fasilitas tingkat lanjut.²⁹

Dalam kerangka penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan primer berperan sebagai garda terdepan melalui pelaksanaan fungsi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu. Prinsip-prinsip pemerataan, pemberdayaan masyarakat, dan integrasi antara pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan menjadi dasar dalam menjalankan setiap upaya kesehatan. Pendekatan ini diharapkan mampu menciptakan layanan yang lebih menyeluruh dan sesuai kebutuhan masyarakat di berbagai tingkatan.

Untuk memperkuat hal tersebut, diperlukan manajemen pelayanan, regulasi, dan pembiayaan yang lebih terarah serta tata kelola yang menegaskan peran pemerintah sebagai penjamin mutu. Sistem rujukan, standardisasi layanan, dan koordinasi antar fasilitas terus diperbaiki agar lebih efektif, sehingga sistem kesehatan nasional dapat memberikan pelayanan yang lebih merata dan berkualitas bagi seluruh masyarakat.³⁰

²⁹ Pungkas Bahjuri Ascobat Gani, *Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia*, 2023.

³⁰ Samsriyaningsih Handayani, “Sistem Kesehatan Nasional,” n.d., <https://books.google.co.id/books?id=MYEqEAAAQBAJ&lpg=PA63&dq=info%3AHffLhJXEMpYJ%3AScholar.google.com%2F&lr&pg=PA63#v=onepage&q&f=false>.

B. Struktur dan Komponen Sistem Kesehatan Nasional

Struktur Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dibangun dari berbagai komponen yang saling berinteraksi untuk memastikan pelayanan kesehatan berjalan efektif.



a. Kerangka Umum Sistem Kesehatan

Sistem Kesehatan Nasional Indonesia dibangun sebagai kerangka yang inklusif dan adaptif, bertujuan menjamin akses dan keadilan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Pembiayaan universal melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi elemen inti yang memastikan semua masyarakat memperoleh layanan kesehatan. Meskipun cakupan JKN sudah luas, distribusi dana dan alokasi anggaran ke fasilitas primer masih menghadapi tantangan yang dapat memengaruhi efektivitas sistem. Selain itu, integrasi sistem informasi kesehatan, termasuk rekam medis elektronik dan data monitoring pelayanan, menjadi penting agar perencanaan, pengawasan, dan evaluasi program dapat dilakukan secara akurat dan tepat waktu. Upaya peningkatan kapasitas manajemen dan koordinasi antar fasilitas kesehatan juga menjadi fokus

untuk memastikan layanan berjalan konsisten dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.³¹

Kerangka regulasi menekankan koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah agar program kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Perhatian khusus diberikan pada keragaman geografis, sosial-ekonomi, dan karakteristik masyarakat tiap wilayah. Penguatan tata kelola melalui audit, pelaporan, dan mekanisme pengawasan menjadi prioritas agar kebijakan kesehatan nasional terlaksana secara efektif dan berkelanjutan. Puskesmas sebagai ujung tombak layanan primer difokuskan untuk meningkatkan kualitas layanan promotif, preventif, dan kuratif. Selain itu, penguatan kapasitas SDM, ketersediaan obat esensial, koordinasi lintas program, dan pengembangan sistem logistik lokal menjadi faktor penting dalam mencapai pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas.³²

b. Tingkatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di Indonesia diatur bertingkat agar layanan dapat diberikan secara efisien dan berkesinambungan. Tingkatan ini mencakup pelayanan primer, seperti puskesmas dan klinik pratama, yang menjadi pintu masuk bagi masyarakat. Layanan primer berperan penting dalam pencegahan, promosi kesehatan, dan penanganan penyakit ringan. Puskesmas tidak hanya memberikan layanan kuratif, tetapi juga menjadi pusat integrasi program kesehatan masyarakat, termasuk imunisasi, kesehatan ibu dan anak, serta program gizi. Sistem rujukan yang efektif dari layanan primer ke layanan sekunder dan tersier menjadi kunci agar pasien menerima penanganan sesuai tingkat kebutuhan. Selain itu, peningkatan kapasitas manajemen puskesmas, ketersediaan obat, koordinasi lintas program kesehatan, serta penguatan sistem informasi

³¹ Irfan Sazali Nasution et al., “Kebijakan Kesehatan di Indonesia : Tinjauan , Tantangan , dan Rekomendasi Fakultas Kesehatan Masyarakat , Universitas Islam Negeri Sumatera Utara” 2, no. 3 (2024).

³² Anjely N F Elungan et al., “Government Policy in Health Services : Kebijakan Pemerintah dalam Pelayanan Kesehatan” 8, no. 1 (2025): 170–77.

lokal menjadi fokus utama agar layanan primer lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat dan lebih mudah diakses di berbagai wilayah.³³

Tingkat pelayanan sekunder dan tersier terdiri dari rumah sakit kabupaten/kota dan rumah sakit rujukan provinsi atau nasional. Tingkat ini menangani kasus yang membutuhkan spesialisasi lebih tinggi, peralatan medis yang lengkap, dan intervensi lanjutan. Koordinasi antara tingkat pelayanan ini penting untuk memastikan kesinambungan perawatan pasien. Pengembangan fasilitas sekunder dan tersier juga berfokus pada pemerataan geografis, sehingga masyarakat di daerah terpencil memiliki akses yang lebih adil terhadap layanan spesialisik. Strategi pembangunan rumah sakit rujukan mencakup peningkatan kapasitas SDM, infrastruktur, teknologi kesehatan, serta penguatan sistem rujukan dan komunikasi antar fasilitas agar setiap pasien mendapatkan layanan tepat waktu dan sesuai kebutuhan medis. Pendekatan ini juga menekankan peran rumah sakit sebagai pusat rujukan, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengembangan inovasi layanan agar standar pelayanan nasional dapat dipenuhi secara konsisten.³⁴

c. **Sistem Pembiayaan Dan Jaminan Sosial**

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia mengandalkan kombinasi anggaran pemerintah (pusat dan daerah) dan iuran peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pembiayaan ini bertujuan menjamin akses masyarakat terhadap layanan kesehatan tanpa terbebani biaya tinggi. Meskipun JKN telah meningkatkan cakupan layanan dan perlindungan finansial, masih ada tantangan terkait efisiensi pengelolaan dana, defisit pada beberapa periode, variasi kualitas layanan, serta beban administrasi yang tinggi. Agar fasilitas primer dan rumah sakit dapat memberikan layanan yang merata dan berkualitas, diperlukan perencanaan anggaran yang tepat, pengawasan keuangan yang ketat, dan integrasi dengan sistem informasi kesehatan. Koordinasi antar lembaga terkait BPJS, pemerintah

³³ Karol Teovani Lodan Karina Fachrun Nisa, Timbul Dompok, "Perbandingan Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia," 2019, 72–77.

³⁴ Ani Purwati Faika Rachmawati, Eli Kurniasih, *Sistem Pengembangan Kesehatan Nasional dan Daerah*, ed. oleh 1, 2025.

daerah, dan fasilitas kesehatan juga penting untuk memastikan dana digunakan secara optimal dan tepat sasaran.³⁵

Selain itu, pembiayaan kesehatan mencakup mekanisme kapitasi, tarif rujukan, dan subsidi pemerintah bagi masyarakat kurang mampu. Sistem ini membutuhkan koordinasi yang kuat antar tingkat pelayanan dan antar instansi agar dana dapat dimanfaatkan secara efektif. Peningkatan transparansi, akuntabilitas, dan penggunaan sistem informasi keuangan menjadi kunci keberlanjutan pembiayaan. Strategi penguatan pembiayaan juga menekankan integrasi antara program pemerintah, asuransi sosial, dan sektor swasta untuk memperluas akses, meningkatkan kualitas layanan, serta menjamin pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat di seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil. Penekanan pada efisiensi penggunaan dana, pengawasan berkelanjutan, dan perbaikan sistem administrasi JKN mendukung tercapainya tujuan sistem kesehatan nasional yang inklusif dan merata.³⁶

d. Sumber Daya Manusia, Obat, Dan Logistik

Distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih belum merata. Banyak daerah, terutama wilayah terpencil, kepulauan, dan perbatasan, mengalami kekurangan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, sehingga kualitas layanan menjadi tidak konsisten. Perencanaan SDM kesehatan sering tidak selaras dengan kebutuhan daerah, sehingga terjadi ketidakseimbangan antara pusat dan daerah. Strategi penempatan tenaga kesehatan, pemberian insentif, serta program pendidikan yang terikat penugasan daerah menjadi hal penting untuk meningkatkan pemerataan layanan kesehatan. Selain itu, penguatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan, pendidikan lanjutan, sertifikasi profesional, dan pengembangan kompetensi manajemen layanan kesehatan juga sangat

³⁵ Ede Surya Darmawan Levi Dhynianti, "KERJASAMA PEMERINTAH SWASTA DALAM PEMENUHAN PELAYANAN Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Email : levidhynianti@yahoo.co.id Kerjasama Pemerintah Swasta Dalam Pemenuhan Pelayanan Kesehatan Primer di Jakarta Kesehatan merupakan hak dasar yan," n.d.

³⁶ Denas Symond, "Peranan sektor swasta dai.am upaya pelayanan" 7, no. 1 (2015): 2015.

diperlukan untuk menjaga standar kualitas pelayanan secara berkelanjutan.³⁷

Implementasi kebijakan JKN turut memengaruhi beban kerja tenaga kesehatan, terutama di layanan primer yang mendapat kapitasi rendah. Ketimpangan antara kapasitas fasilitas kesehatan dan jumlah peserta JKN memunculkan tantangan operasional bagi tenaga kesehatan. Sementara itu, ketersediaan obat, alat medis, dan logistik di berbagai fasilitas, khususnya di daerah terpencil, sering menjadi kendala yang memengaruhi efektivitas pelayanan. Pengelolaan stok obat yang baik, sistem distribusi logistik yang efisien, serta pemanfaatan teknologi informasi untuk manajemen sumber daya, pemantauan ketersediaan obat, dan pengawasan mutu layanan menjadi langkah penting agar layanan kesehatan dapat berjalan optimal di seluruh wilayah. Keterpaduan antara perencanaan SDM, distribusi logistik, dan pengawasan kualitas layanan sangat diperlukan untuk mencapai sistem kesehatan yang tangguh, adaptif, dan berkelanjutan. Selain itu, koordinasi lintas sektor, termasuk dukungan pemerintah daerah dan partisipasi masyarakat, berperan penting untuk memastikan semua fasilitas kesehatan menerima dukungan SDM dan logistik yang memadai.³⁸

C. Peran Pemerintah, Swasta, dan Masyarakat

Pemerintah, baik pusat maupun daerah, memegang peran penting dalam memastikan pelayanan kesehatan berjalan efektif dan merata.

a. Peran Pemerintah (Pusat dan Daerah)

Pemerintah pusat memegang peranan krusial dalam formulasi kebijakan kesehatan nasional, menetapkan standar pelayanan, serta mengawasi pelaksanaan sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan nasional,

³⁷ Nurul Fifi Alayda et al., "Literature Review : Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Literature Review : Analyzing The Impact Of The National Health Insurance (JKN) Policy On Access and Quality Of Health Services" 7, no. 7 (2024): 2616–26, <https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5573>.

³⁸ Dina Fatya Rahmah, "Analisis Implementasi Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia dan Negara Lainnya (The Implementation Analysis of the National Health System in Indonesia and Other Countries) Analisis Implementasi Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia dan Negara Lainnya (The Implementation Analysis of the National Health System in Indonesia and Other Countries)," no. December (2023).

menurut Suprpto, dirancang dengan kerangka kerja yang mempertimbangkan berbagai determinan sosial-ekonomi dan geografis agar seluruh lapisan masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan yang memadai. Pemerintah pusat juga bertanggung jawab memastikan anggaran kesehatan dialokasikan secara strategis untuk mendukung program jaminan kesehatan nasional (JKN), memperkuat infrastruktur kesehatan, serta menyiapkan kapasitas untuk menghadapi penyakit menular dan keadaan darurat kesehatan. Pengawasan fasilitas kesehatan, akreditasi rumah sakit, dan standarisasi mutu pelayanan menjadi bagian penting agar pelayanan tetap konsisten di seluruh wilayah. Selain itu, pemerintah pusat berperan dalam merumuskan strategi pembangunan kesehatan jangka panjang, termasuk peningkatan kapasitas laboratorium, surveilans epidemiologi, dan kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan.³⁹

Pemerintah daerah memiliki tanggung jawab operasional terkait penyediaan layanan kesehatan publik, terutama melalui puskesmas dan fasilitas dasar. Seperti disebutkan dalam jurnal Yustitia, peran daerah mencakup pengelolaan tenaga kesehatan, pengawasan mutu layanan, dan pelaksanaan program pencegahan penyakit menular sesuai kondisi lokal. Otonomi daerah memungkinkan penyesuaian kebijakan nasional dengan kebutuhan spesifik wilayah, tetapi juga menimbulkan tantangan variasi kualitas layanan antar daerah. Koordinasi intensif antara pusat dan daerah diperlukan agar standar nasional dapat tercapai, sekaligus memperhatikan kondisi geografis, sosial, dan ekonomi masyarakat di masing-masing wilayah. Peningkatan kapasitas teknis, sistem informasi kesehatan, serta monitoring dan evaluasi program menjadi kunci keberhasilan layanan kesehatan di tingkat lokal. Selain itu, pemerintah daerah berperan dalam mendorong partisipasi masyarakat, termasuk kader dan organisasi lokal, agar program kesehatan berjalan efektif dan berkelanjutan.⁴⁰

³⁹ Jajang Arifin, "Peran Pemerintah Dalam Meningkatkan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Menular," 2004, 85–99.

⁴⁰ Suprpto Suprpto dan Politeknik Sandi Karsa, *Kebijakan Kesehatan Nasional*, 2023.

b. Peran Sektor Swasta

Sektor swasta, khususnya rumah sakit swasta, memiliki tanggung jawab strategis dalam pelayanan kesehatan publik. Rumah sakit swasta tidak hanya berperan sebagai penyedia layanan medis, tetapi juga sebagai mitra dalam program jaminan sosial kesehatan, termasuk BPJS. Dalam konteks ini, rumah sakit swasta wajib menjaga mutu pelayanan dan dokumentasi administratif seperti SOP, rekam medis, dan laporan pelayanan untuk pasien BPJS agar memenuhi standar keadilan serta efisiensi layanan.⁴¹

Lebih jauh lagi, transformasi digital membuka ruang besar bagi sektor swasta untuk berkontribusi melalui inovasi teknologi. Sektor swasta memfasilitasi perkembangan solusi digital seperti telemedicine, sistem rekam medis elektronik, dan sistem manajemen rumah sakit untuk mempercepat proses pelayanan, meningkatkan efisiensi operasional, serta memperluas akses ke layanan kesehatan, terutama di daerah yang sulit dijangkau. Kemitraan lintas sektor antara publik dan swasta sangat penting dalam mewujudkan sistem kesehatan yang modern dan inklusif. Pemerintah dan swasta perlu berkolaborasi dalam pengembangan infrastruktur digital, regulasi data, dan interoperabilitas sistem agar solusi teknologi dapat diadopsi secara menyeluruh. Melalui kolaborasi ini, sektor swasta dapat memberikan kontribusi signifikan dalam pemerataan akses dan peningkatan mutu sistem pelayanan kesehatan nasional.⁴²

c. Peran Masyarakat dan Organisasi Non-Pemerintah

Masyarakat memiliki peran strategis dalam memperkuat sistem kesehatan karena mereka berperan langsung dalam penerapan perilaku hidup sehat dan pemanfaatan layanan kesehatan. Partisipasi ini mencakup kegiatan preventif seperti pemantauan kesehatan keluarga, penjagaan kebersihan lingkungan, dan keterlibatan dalam kegiatan pemberdayaan berbasis komunitas. Melalui kelompok masyarakat, posyandu, dan kader

⁴¹ Martin Agusta, Vip Paramarta, dan Eka Purwanda, “Peran Dan Tanggung Jawab Pihak Rumah Sakit Dalam Pelayanan Kesehatan Terhadap Pasien Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan” 4 (2024): 395–406, <https://doi.org/10.59525/aij.v4i2.467>.

⁴² Riseandy Wasir Rizka Ayu Alvianti, Shenita Rully Arvian, “LITERATURE REVIEW : ANALISIS TRANSFORMASI DIGITAL LAYANAN KESEHATAN” 28, no. 02 (2025): 56–60.

kesehatan, berbagai pesan kesehatan dapat disebarkan lebih cepat dan efektif, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, anak-anak, dan lansia. Keterlibatan ini tidak hanya membantu meningkatkan pengetahuan kesehatan, tetapi juga menciptakan budaya saling mendukung dalam menjaga kesejahteraan bersama. Pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan juga terbukti meningkatkan kedisiplinan perilaku kesehatan, sehingga berdampak langsung pada penurunan risiko penyakit di tingkat rumah tangga dan lingkungan.⁴³

Organisasi non-pemerintah melengkapi peran masyarakat dengan memberikan dukungan profesional, pendampingan, serta advokasi untuk meningkatkan akses layanan kesehatan yang lebih merata. Organisasi ini menjembatani kesenjangan antara fasilitas kesehatan dan masyarakat dengan menyediakan edukasi tambahan, program pemberdayaan, hingga dukungan psikososial di wilayah yang sulit dijangkau. Mereka juga berperan membantu meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan melalui pendekatan yang lebih fleksibel, intensif, dan berbasis kebutuhan lokal. Selain itu, kolaborasi antara organisasi non-pemerintah, masyarakat, dan fasilitas kesehatan memungkinkan terciptanya jaringan kerja yang solid untuk mendukung pemerataan informasi dan layanan. Dengan sinergi yang baik, berbagai program kesehatan dapat berjalan lebih efektif, lebih inklusif, dan lebih sesuai dengan kondisi sosial budaya masyarakat setempat.⁴⁴

Selain itu, keterlibatan masyarakat dan organisasi non-pemerintah membantu memperkuat jangkauan layanan, terutama di daerah yang aksesnya terbatas. Partisipasi melalui kegiatan komunitas, edukasi kesehatan, dan dukungan terhadap kelompok rentan membuat intervensi kesehatan lebih efektif dan berkelanjutan.

⁴³ Arifin et al., “Sistem pelayanan kesehatan masyarakat 085725994411.”

⁴⁴ Hanifah Nabilah dan Riswandy Wasir, “MENUTUP KESENJANGAN KESEHATAN : PENINGKATAN KESETARAAN AKSES DAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN” 5, no. 3 (2025): 511–18.

C. Kebijakan Kesehatan Nasional dan Peraturan Perundangan

Kebijakan kesehatan nasional beserta landasan perundangannya menjadi dasar penting dalam mengatur arah dan pelaksanaan sistem kesehatan di Indonesia. Bagian ini membahas regulasi utama yang membentuk pengelolaan dan pengembangan pelayanan kesehatan nasional.⁴⁵

a. Kerangka Kebijakan Utama

Kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) dirancang sebagai landasan strategis untuk memastikan perlindungan sosial yang merata bagi seluruh masyarakat. JKN menekankan sistem pembiayaan kolektif agar masyarakat, terutama kelompok rentan, bisa memperoleh layanan kesehatan tanpa menghadapi hambatan finansial yang berat. Kebijakan ini juga menggarisbawahi pentingnya peningkatan mutu layanan melalui standarisasi prosedur, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, serta pemantauan berkelanjutan terhadap fasilitas layanan. Dalam penerapannya, jurnal menunjukkan bahwa keberhasilan JKN sangat bergantung pada koordinasi antarlembaga, transparansi, dan konsistensi dalam pelaksanaan program di lapangan.⁴⁶

Sementara itu, pendekatan desentralisasi dalam kebijakan kesehatan nasional memberikan fleksibilitas kepada pemerintah daerah untuk menyesuaikan program kesehatan dengan kondisi lokal. Kebijakan ini memungkinkan daerah mengatur prioritas berdasarkan kebutuhan masyarakat, kapasitas fasilitas, serta karakteristik epidemiologis masing-masing wilayah. Namun, jurnal juga menyoroti bahwa implementasi desentralisasi sering menghadapi tantangan berupa perbedaan kapasitas manajerial antar daerah, ketimpangan pembiayaan, serta lemahnya integrasi data kesehatan. Oleh karena itu, kerangka kebijakan menekankan perlunya penguatan kapasitas daerah, perbaikan mekanisme koordinasi,

⁴⁵ Irfan Sazali Nasution et al., “Implementasi Dasar Kebijakan Kesehatan Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)” 6 (2025): 8208–16.

⁴⁶ Fathul Azmi, “Kebijakan Desentralisasi Kesehatan Di Indonesia : Dampak Dan Tantangan Dalam Pengelolaan Kesehatan” 6 (2025): 5735–46.

dan peningkatan kualitas sistem informasi kesehatan agar kebijakan nasional dapat berjalan lebih efektif dan merata.⁴⁷

b. Desentralisasi dan Regulasi Daerah

Desentralisasi kesehatan adalah pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mengatur, merencanakan, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan wilayah. Dengan kewenangan ini, daerah memiliki ruang untuk menentukan prioritas program, mengelola sumber daya secara mandiri, serta menyesuaikan kebijakan dengan kondisi sosial, budaya, dan geografis masyarakat setempat.

Regulasi daerah kemudian menjadi dasar hukum yang mengatur pelaksanaan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut. Regulasi ini mencakup penetapan standar layanan, mekanisme perizinan fasilitas kesehatan, pengelolaan anggaran, serta pengawasan mutu pelayanan. Melalui regulasi yang tepat, daerah dapat memastikan bahwa program yang disusun berjalan terarah, terukur, dan tetap selaras dengan kebijakan nasional yang lebih luas.

Desentralisasi yang didukung oleh regulasi daerah yang kuat juga mendorong peningkatan akuntabilitas penyelenggaraan kesehatan. Daerah memiliki tanggung jawab lebih besar dalam memastikan mutu pelayanan, pemerataan akses, serta efektivitas penggunaan anggaran kesehatan. Dengan demikian, kolaborasi antara kewenangan daerah dan kerangka regulasi menjadi landasan penting bagi terciptanya pelayanan kesehatan yang adaptif, responsif, dan sesuai karakteristik wilayah, namun tetap berada dalam kerangka sistem kesehatan nasional.

Selain itu, desentralisasi dan regulasi daerah juga memungkinkan terciptanya inovasi kebijakan kesehatan yang lebih sesuai dengan potensi lokal. Setiap daerah dapat mengembangkan model layanan, strategi promosi kesehatan, dan pola pembiayaan yang disesuaikan dengan kemampuan fiskal serta kebutuhan masyarakatnya. Regulasi daerah

⁴⁷ Misnaniarti, "Development And Empowerment Of Health Human Resources" 1, no. 01 (2010): 12–19.

berperan memastikan inovasi tersebut memiliki dasar hukum yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan. Ketika regulasi daerah mampu mengakomodasi kebutuhan lokal sekaligus mengikuti pedoman nasional, maka pelaksanaan program kesehatan dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan, dengan tetap menjaga keselarasan dalam sistem kesehatan nasional secara keseluruhan.⁴⁸

c. Kebijakan Kualitas dan Akreditasi

Kepatuhan administrasi di rumah sakit merupakan bagian penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan. Administrasi yang baik meliputi pengelolaan rekam medis, dokumentasi pasien, perencanaan operasional, dan penerapan standar layanan. Aspek ini menjadi indikator utama dalam proses akreditasi karena menunjukkan bagaimana fasilitas kesehatan menjalankan prosedur dan standar mutu secara konsisten. Tingkat kepatuhan yang tinggi memungkinkan rumah sakit memenuhi persyaratan regulasi, meningkatkan akuntabilitas, dan memastikan layanan yang diberikan aman serta berkualitas. Selain itu, kepatuhan administrasi mendukung pengambilan keputusan manajerial, evaluasi kinerja, serta perbaikan berkelanjutan dalam pelayanan.⁴⁹

Selain administrasi, sistem informasi kesehatan berperan penting dalam mendukung akreditasi dan pengawasan mutu. Sistem ini memfasilitasi pencatatan, pengelolaan, dan pelaporan data kesehatan secara terstruktur, sehingga indikator mutu layanan dapat dipantau dan dianalisis secara berkala. Dengan sistem informasi yang terintegrasi, rumah sakit dapat meningkatkan transparansi, mempermudah evaluasi proses pelayanan, serta memperkuat mekanisme pengawasan internal. Hal ini memungkinkan identifikasi cepat terhadap kelemahan layanan, mempermudah penyesuaian prosedur, dan mendukung pengembangan standar operasional yang lebih baik. Kombinasi antara administrasi yang patuh dan sistem informasi yang efektif memungkinkan fasilitas kesehatan

⁴⁸ Rahman Mulyawan Erlan Suwarlan, Utang Suwaryo, “Penyelenggaraan Desentralisasi Kesehatan Oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017” 7 (2019): 123–46, <https://doi.org/10.34010/agregasi.v7i2.2316>.

⁴⁹ Jurnal Administrasi Negara et al., “Kepatuhan administrasi rumah sakit swasta dan pemerintah terhadap standar pelayanan kesehatan” 3, no. 3 (2025): 84–90.

menegakkan standar akreditasi, meningkatkan kualitas layanan, serta menjamin pelayanan yang konsisten, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Selain itu, penerapan akreditasi juga berfungsi sebagai instrumen untuk mendorong budaya kualitas di seluruh lini pelayanan. Staf medis dan manajerial terdorong untuk menerapkan praktik terbaik, mengikuti prosedur baku, dan berkomitmen pada perbaikan berkelanjutan. Dengan demikian, kebijakan kualitas dan akreditasi tidak hanya memastikan standar formal terpenuhi, tetapi juga menumbuhkan budaya profesionalisme, keselamatan pasien, dan kepuasan pengguna layanan.⁵⁰

D. Tantangan Pemerataan Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Distribusi fasilitas kesehatan di Indonesia masih mengalami ketimpangan akibat kondisi geografis yang luas dan beragam. Wilayah terpencil, kepulauan, dan perbatasan sering kali kesulitan dijangkau, sehingga akses terhadap pelayanan, obat, dan tenaga kesehatan menjadi terbatas. Infrastruktur transportasi dan komunikasi yang belum merata juga memperburuk kesenjangan ini, sehingga diperlukan strategi khusus untuk menjamin layanan kesehatan yang adil bagi seluruh masyarakat.

a. Ketimpangan Geografis dan Infrastruktur

Indonesia memiliki wilayah yang sangat luas dan terdiri dari ribuan pulau, sehingga distribusi fasilitas kesehatan tidak merata. Daerah terpencil, perbatasan, dan pulau-pulau kecil sering menghadapi kesulitan dalam akses pelayanan kesehatan primer maupun rujukan. Infrastruktur medis yang terbatas, jarak antar fasilitas, dan ketersediaan transportasi medis menjadi kendala utama dalam penyediaan layanan yang optimal.⁵¹

⁵⁰ Prima Soultani Akbar Putri, Santy Irene, *Sistem Informasi Kesehatan*, ed. oleh Yogi, 1 ed. (Jawa Timur: Uwais Inspirasi Indonesia, 2019), [https://books.google.co.id/books?id=RZyxDwAAQBAJ&lpg=PA1&ots=FBg1mrl7uu&dq=sistem informasi kesehatan&pg=PR2#v=onepage&q=sistem informasi kesehatan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=RZyxDwAAQBAJ&lpg=PA1&ots=FBg1mrl7uu&dq=sistem%20informasi%20kesehatan&pg=PR2#v=onepage&q=sistem%20informasi%20kesehatan&f=false).

⁵¹ Ambar Widaningrum, "Dinamika Pelaksanaan Desentralisasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan" Vol.10, No. no. Maret (2007): 365–90.

b. Distribusi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan cenderung terkonsentrasi di perkotaan dan wilayah dengan fasilitas lengkap, sementara daerah terpencil mengalami kekurangan dokter, perawat, bidan, dan tenaga medis lainnya. Ketimpangan ini berdampak pada kualitas pelayanan, ketercapaian program promotif dan preventif, serta efektivitas intervensi kesehatan masyarakat. Upaya redistribusi dan insentif bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil menjadi langkah penting untuk mengatasi permasalahan ini.

c. Keterbatasan Pembiayaan dan Efisiensi JKN

Sistem JKN menghadapi tekanan pembiayaan akibat jumlah peserta yang terus meningkat dan biaya layanan yang beragam. Keterbatasan dana dapat memengaruhi ketersediaan obat, alat kesehatan, dan kapasitas fasilitas pelayanan. Peningkatan efisiensi, perencanaan anggaran yang tepat, serta pemanfaatan teknologi dan sistem informasi kesehatan menjadi kunci untuk memastikan layanan tetap merata dan berkelanjutan.⁵²

d. Kesenjangan Mutu Layanan dan Sistem Informasi

Kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih mengalami kesenjangan signifikan antar wilayah. Sistem informasi kesehatan yang belum sepenuhnya terintegrasi menyulitkan koordinasi antar fasilitas, pemantauan mutu layanan, serta evaluasi program kesehatan. Keterbatasan data dan teknologi juga memengaruhi kemampuan pengambilan keputusan berbasis bukti, sehingga deteksi dini penyakit dan respons terhadap kasus darurat menjadi kurang optimal. Penguatan sistem informasi dan manajemen data yang komprehensif diperlukan untuk meningkatkan mutu layanan dan efektivitas intervensi kesehatan.⁵³

⁵² Cucu Herawati dan Syaeful Bakhri, “Ketimpangan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Ekonomi di Wilayah Perbatasan Inequality of Basic and Economic Health Services in the Border Region” 4, no. 1 (2019): 17–27.

⁵³ Fatra Rulyan Adha et al., “Health Information Systems (HIS): Trends , Challenges , and Benefits in Improving Health Services For SDGS Analisis Literatur Sistem Informasi Kesehatan (SIK): Tren , Tantangan , dan Manfaat dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Indonesia Literatur” Vol.6, no. Oktober (2023): 928–42.

e. Faktor Sosial–Ekonomi dan Kultural

Pemanfaatan layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat. Tingkat pendidikan, kesadaran kesehatan, kemampuan finansial, serta tradisi lokal memengaruhi akses dan penerimaan layanan kesehatan. Masyarakat di daerah terpencil atau dengan tingkat ekonomi rendah cenderung mengalami keterbatasan dalam mendapatkan layanan yang optimal. Strategi peningkatan akses harus mempertimbangkan faktor-faktor ini melalui edukasi kesehatan, pendekatan berbasis komunitas, serta intervensi yang sensitif terhadap kondisi sosial dan budaya setempat.⁵⁴

D. Rekomendasi Kebijakan dan Strategi untuk Pemerataan

a. Peningkatan Distribusi dan Akses Layanan melalui JKN

Pemerataan layanan kesehatan dapat dicapai dengan memperluas cakupan JKN ke seluruh wilayah, termasuk daerah terpencil dan kepulauan. Alokasi dana dan kerja sama dengan fasilitas kesehatan lokal harus diperkuat agar masyarakat memperoleh akses ke layanan dasar. Strategi ini mencakup peningkatan jumlah fasilitas primer, penguatan sistem rujukan, serta penyediaan layanan mobile atau outreach di daerah yang sulit dijangkau. Pemerintah juga perlu menyesuaikan regulasi untuk memastikan bahwa cakupan layanan JKN tidak terbatas hanya pada layanan tertentu, tetapi mencakup kebutuhan kesehatan dasar seluruh masyarakat.

b. Peningkatan Distribusi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan harus ditempatkan secara strategis sesuai kebutuhan wilayah, dengan memperhatikan kepadatan penduduk dan karakteristik daerah. Pemerintah dapat mengembangkan insentif, skema penempatan wajib, dan pelatihan berbasis kompetensi untuk memastikan tenaga kesehatan profesional tersedia di daerah terpencil. Kolaborasi dengan sektor swasta dan akademik juga penting agar program penempatan

⁵⁴ Haeruddin Besse Wahyuni, Nurgahayu, “Faktor yang mempengaruhi masyarakat mengikuti program jaminan kesehatan nasional” 3, no. 1 (2022): 157–68.

nakes lebih efektif. Distribusi SDM yang merata mendukung kualitas layanan dan keberlanjutan program kesehatan, terutama dalam mengurangi kesenjangan antar wilayah.

c. Efisiensi dan Keberlanjutan Pembiayaan JKN

Efisiensi pembiayaan menjadi kunci agar JKN tetap berkelanjutan. Rumah sakit dan fasilitas kesehatan harus menerapkan manajemen biaya yang efektif, pengendalian tarif, serta pengoptimalan penggunaan tarif INA-CBG. Pembiayaan non-esensial dapat dikurangi, sementara anggaran untuk layanan primer dan preventif ditingkatkan. Strategi ini membantu menyeimbangkan kualitas layanan dengan stabilitas keuangan, sehingga setiap fasilitas kesehatan dapat memberikan layanan optimal tanpa membebani sistem JKN.⁵⁵

d. Penguatan Kolaborasi Pusat, Daerah, Sektor Swasta

Kolaborasi antara pemerintah pusat, daerah, dan sektor swasta sangat penting untuk pemerataan layanan. Pemerintah pusat bertugas menetapkan kebijakan, standar layanan, dan mekanisme pembiayaan, sedangkan pemerintah daerah menyesuaikan program kesehatan dengan kebutuhan lokal. Sektor swasta dapat berperan dalam menyediakan fasilitas tambahan, teknologi medis, dan tenaga kesehatan. Sinergi yang baik antara ketiga pihak akan menghasilkan layanan yang lebih merata, efisien, dan berkualitas, serta mendukung implementasi JKN secara maksimal.

e. Pemanfaatan Teknologi dan Sistem Informasi Kesehatan

Penerapan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi akan memudahkan perencanaan, pemantauan, dan evaluasi layanan. Data digital yang real-time memungkinkan alokasi sumber daya lebih tepat, identifikasi kebutuhan daerah lebih cepat, serta pengambilan keputusan berbasis bukti. Teknologi ini juga mendukung pengelolaan JKN, pengawasan distribusi obat, dan penempatan tenaga kesehatan agar lebih efisien serta akurat.⁵⁶

⁵⁵ Atik Nurwahyuni May Rabiulyati, "STRATEGI EFISIENSI RUMAH SAKIT DI ERA JKN : LITERATURE REVIEW" 4, no. Juni (2023): 2579–92.

⁵⁶ Alfani Ghusta Daud Novy Olyvia, Suci Yuliawati, Ahmad Tirmizi, Budi Hartono, "STRATEGI PEMERINTAH MELALUI JKN UNTUK PEMERATAAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA" 6, no. September (2025): 9857–64.

BAB III

PERENCANAAN DAN PENGORGANISASIAN LAYANAN KESEHATAN

Pendahuluan

Perencanaan program kesehatan merupakan tahap fundamental dalam manajemen layanan kesehatan. Tanpa perencanaan yang baik, intervensi kesehatan seringkali tidak tepat sasaran, kurang efisien, atau bahkan gagal mencapai tujuannya. Dalam konteks layanan kesehatan publik, perencanaan adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, merumuskan prioritas, menetapkan tujuan, memilih intervensi, menyusun operasional, dan menyiapkan monitoring dan evaluasi.

Menurut Nur Laily et al., dalam buku *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan*, langkah-langkah perencanaan bersifat generik dan mirip dengan “siklus pemecahan masalah”: analisis situasi → identifikasi masalah dan prioritas → penetapan tujuan → analisis alternatif → rencana operasional → evaluasi.⁵⁷

Penelitian lapangan juga menunjukkan bahwa perencanaan yang komprehensif (holistik) sangat penting untuk efektivitas program kesehatan.⁵⁸

A. Langkah-Langkah Perencanaan Program Kesehatan

1. Analisis Situasi (*Situation Analysis*)

Langkah pertama dalam perencanaan program kesehatan adalah melakukan analisis situasi secara menyeluruh. Analisis ini tidak hanya mencakup pengumpulan data epidemiologis seperti prevalensi penyakit, mortalitas, dan morbiditas, tetapi juga memahami konteks sosial-ekonomi, lingkungan serta determinan perilaku masyarakat. Melalui pendekatan analisis situasi, perencana dapat mengidentifikasi faktor-faktor risiko kesehatan yang dominan di suatu komunitas dan mengetahui sejauh mana kapasitas sistem kesehatan lokal dalam merespons permasalahan tersebut.

⁵⁷ Nur Laily et al., *Perencanaan Dan Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat*, 1st ed. (Bantul: CV. Mine, 2024), h. 39-40.

⁵⁸ Jasrida Yunita, “Proses Perencanaan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman,” *Jurnal Kesehatan Komunitas* 1, no. 4 (2012): 210–15, <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol1.Iss4.31>.

Dalam literatur perencanaan kesehatan, kerangka seperti Intervention Mapping sangat berguna pada tahap ini karena memadukan teori perilaku, bukti ilmiah, dan partisipasi pemangku kepentingan dalam merumuskan kebutuhan nyata (*needs assessment*). Fernández, Ruiter, Markham, dan Kok menjelaskan bahwa Intervention Mapping menyediakan pendekatan sistematis yang melibatkan analisis kebutuhan, pemetaan determinan perilaku, dan penilaian kondisi lingkungan sebagai dasar merancang intervensi.⁵⁹ Melalui analisis ini, perencana mengumpulkan dasar bukti yang kuat agar intervensi yang akan dirancang relevan dengan konteks lokal, sesuai budaya, dan berbasis kebutuhan aktual masyarakat.

Selain itu, analisis situasi idealnya melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti petugas kesehatan, tokoh masyarakat, dan perwakilan komunitas agar kondisi nyata di lapangan bisa digambarkan secara akurat. Partisipasi komunitas dalam diagnosis masalah kesehatan sangat penting karena memberikan perspektif kontekstual yang mungkin tidak terlihat dari data statistik saja.⁶⁰ Hal ini juga membantu membangun legitimasi program di mata masyarakat sasaran dan memperkuat komitmen lokal untuk mendukung intervensi di tahap selanjutnya.

2. Penetapan Prioritas Masalah (*Priority Setting*)

Setelah analisis situasi selesai, perencanaan harus memasuki proses menetapkan prioritas: mana masalah kesehatan yang paling penting, mendesak, dan layak diintervensi dengan sumber daya yang tersedia. Karena sumber daya (waktu, tenaga kesehatan, dana) hampir selalu terbatas, perencana perlu menggunakan metode sistematis agar keputusan prioritas bersifat objektif dan adil. Salah satu metode yang sering digunakan adalah Hanlon Method, yang mempertimbangkan ukuran masalah, keseriusan, efektivitas intervensi, dan (dalam versi adaptasi) komponen lain seperti ketidaksetaraan.⁶¹

⁵⁹ Gerjo Kok, Louk W H Peters, dan Robert A C Ruiter, "Planning theory-and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol," *Psicologia: Reflexão e Crítica* 30 (2017).

⁶⁰ Nasrul Zaman and Syukriy Abdullah, *Administrasi Kebijakan Kesehatan "Kepemimpinan, Strategi Dan Dukungan Stakeholder"*, 1st ed. (Indramayu: Penerbit Adab, 2024), h. 34.

⁶¹ Bernard C K Choi, Rony A Maza, dan Oscar J Mujica, "The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs," *Revista Panamericana de Salud Pública* 43, no. 1 (2019): 1–9, <https://doi.org/https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.61>.

Metode Hanlon adalah suatu teknik penetapan prioritas masalah kesehatan yang menggabungkan analisis kuantitatif dan pertimbangan praktis untuk menentukan masalah mana yang paling layak ditangani. Metode ini menilai setiap masalah berdasarkan empat komponen utama: **A (besarnya masalah)** yang mengukur seberapa luas atau banyak populasi terdampak; **B (keseriusan masalah)** yang mencakup tingkat mortalitas, morbiditas, urgensi, dan dampak sosial; **C (efektivitas intervensi)** yang menilai sejauh mana intervensi yang tersedia dapat menyelesaikan masalah; serta **D (PEARL Test: Propriety, Economic feasibility, Acceptability, Resources, Legality)** yang berfungsi sebagai filter kelayakan sebelum masalah diberikan skor. Rumus dasar penilaian adalah **Prioritas = (A + B) × C**, dan hanya masalah yang lolos PEARL yang dihitung skornya.⁶² Dengan pendekatan ini, Hanlon Method memungkinkan proses penetapan prioritas dilakukan secara objektif, terukur, dan realistis, sehingga sangat membantu dalam perencanaan program kesehatan terutama ketika sumber daya terbatas.

Misalnya, studi yang dilakukan oleh Sousa et al. menggunakan Hanlon Method dalam komunitas untuk menggabungkan wawasan masyarakat dalam menilai prioritas masalah kesehatan.⁶³ Dengan menggunakan metode prioritas seperti ini, program dapat difokuskan pada isu-isu yang tidak hanya berat dari sisi epidemiologi, tetapi juga yang paling memberikan dampak apabila diintervensi, serta realistis untuk diatasi dalam kondisi lokal.

Proses prioritas ini juga sebaiknya melibatkan pemangku kepentingan dari berbagai sektor agar persepsi risiko, kebutuhan, dan potensi solusi dapat dieksplorasi secara komprehensif. Partisipasi stakeholder (sektor pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, komunitas) dalam menetapkan prioritas membantu menjamin bahwa masalah yang dipilih mendapatkan dukungan dan memiliki relevansi lokal.⁶⁴ Di samping itu, penerapan metode kuantitatif (misalnya skor

⁶² Choi, Maza, dan Mujica.

⁶³ Fábio Alexandre Melo do Rego Sousa et al., "Setting Health Priorities in a Community: a case example," *Rev Saude Publica* 51, no. 11 (2017): 1–9.

⁶⁴ I Gede Eko Putra Sri Sentanu and Shinta Happy Yustiary, *Mengelola Kolaborasi Stakeholder Dalam Pelayanan Publik*, ed. I Gede Eko Putra Sri Sentanu (Jakarta Barat: Pt. Indonesia Delapan Kreasi Nusa, 2024), h. 6; Zaman and Abdullah, *Administrasi Kebijakan Kesehatan "Kepemimpinan, Strategi Dan Dukungan Stakeholder"*, h. 33.

Hanlon) bersama mekanisme diskusi kualitatif juga memperkuat transparansi dan legitimasi proses pengambilan keputusan.

Tidak kalah penting, setelah prioritas ditentukan, perencana harus mendokumentasikan keputusan tersebut dengan jelas dan rasional, termasuk kriteria yang digunakan serta pertimbangan pemangku kepentingan. Dokumentasi yang baik akan menjadi acuan dalam tahap selanjutnya, seperti perumusan tujuan, strategi, hingga evaluasi dan membantu menjaga konsistensi saat program dijalankan. Dengan demikian, prioritas yang dipilih menjadi fondasi kuat untuk perencanaan intervensi yang efektif dan efisien.

3. Penetapan Tujuan dan Sasaran (*Goals and Objectives*)

Setelah masalah prioritas diidentifikasi, langkah berikutnya adalah menetapkan tujuan program secara umum serta sasaran yang lebih spesifik. Tujuan umum mencerminkan visi jangka panjang perubahan kondisi kesehatan masyarakat, sedangkan sasaran (*objectives*) sebaiknya dirumuskan dengan kriteria SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) agar dapat dievaluasi. Dengan sasaran yang jelas dan terukur, pelaksanaan program akan lebih terarah dan proses evaluasi bisa dilakukan dengan lebih sistematis.

Dalam banyak kerangka perencanaan seperti *Intervention Mapping*, penetapan sasaran perubahan perilaku, lingkungan, atau kebijakan dilakukan dengan analisis determinan (*behavioral determinants*) berdasarkan teori perilaku. Fernández et al. menjelaskan bahwa IM tidak hanya membantu merumuskan sasaran, tetapi juga mengaitkannya dengan teori-teori perubahan perilaku dan bukti empiris, sehingga intervensi yang dirancang benar-benar relevan dengan faktor penyebab masalah kesehatan.⁶⁵ Dengan merumuskan sasaran perubahan perilaku (misalnya meningkatkan frekuensi pemeriksaan kesehatan, menurunkan konsumsi rokok) atau sasaran lingkungan (misalnya kebijakan tempat kerja bebas rokok), program menjadi lebih terstruktur dan fokus.

Tujuan dan sasaran yang baik juga menjadi pedoman utama dalam pengorganisasian kegiatan (*operational planning*) dan monitoring-evaluasi. Ketika indikator keberhasilan telah ditetapkan sejak awal, maka perencana dan pemangku

⁶⁵ Kok, Peters, dan Ruiter, "Planning theory-and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol."

kepentingan dapat memantau capaian program secara berkala, mengevaluasi apakah intervensi berjalan sesuai rencana, dan melakukan penyesuaian bila diperlukan. Selain itu, sasaran yang terukur memperkuat akuntabilitas terhadap donor, pengelola program, dan masyarakat sasaran.

4. Pengembangan Strategi Intervensi (*Intervention Strategy Development*)

Setelah sasaran jelas, perencana perlu mengembangkan strategi intervensi yang mampu mencapai sasaran tersebut. Strategi ini bisa bervariasi: edukasi kesehatan (health education), advokasi kebijakan, pemberdayaan komunitas, perbaikan lingkungan pelayanan, atau intervensi klinis, tergantung dari analisis masalah dan determinan yang telah diidentifikasi. Karena tidak semua strategi sama efektifnya di semua konteks, pemilihan strategi sebaiknya didasarkan pada bukti ilmiah (evidence-based) dan teori perilaku.

Intervention Mapping sangat cocok di tahap ini karena menyediakan langkah-langkah sistematis untuk menghubungkan determinan perilaku (misalnya sikap, norma, efikasi diri) dengan metode perubahan teori-behavioral dan aplikasi praktisnya (behavior change techniques). Dalam protokol IM, perencana membuat matriks “change objectives” yang mengaitkan apa yang harus berubah (determinant) dengan teknik intervensi yang akan digunakan.⁶⁶

Contoh aplikatif bisa dilihat dalam studi IDEFICS (Intervention Mapping untuk mencegah obesitas pada anak), di mana intervensi dirancang untuk mengubah perilaku makan dan aktivitas fisik melalui modul di sekolah, keluarga, dan komunitas.⁶⁷

Dalam mengembangkan strategi, perencana juga harus mempertimbangkan faktor implementasi seperti keterlibatan pemangku kepentingan, sumber daya manusia, dan keberlanjutan intervensi. Karena strategi yang paling teoritis tidak selalu yang paling praktis, penting untuk menilai feasibility (kelayakan), potensi hambatan, dan mekanisme adaptasi agar intervensi dapat dijalankan dengan

⁶⁶ Vera Verbestel et al., “Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention,” *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 8, no. 1 (2011): 82; Kok, Peters, dan Ruiter, “Planning theory-and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol.”

⁶⁷ Verbestel et al., “Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention.”

realistis dalam konteks lokal. Kombinasi antara teori, bukti empiris, dan partisipasi stakeholder membantu merancang strategi yang tidak hanya efektif tetapi juga diterima dan dijalankan oleh masyarakat setempat.

5. Penyusunan Rencana Operasional (*Operational Planning*)

Setelah strategi intervensi ditetapkan, perencana harus menyusun rencana operasional yang konkret. Rencana ini mencakup aktivitas-aktivitas spesifik yang akan dilakukan, siapa yang akan bertanggung jawab, sumber daya yang diperlukan, jadwal pelaksanaan, serta indikator kinerja. Rencana operasional berfungsi sebagai “peta jalan” implementasi, menjembatani antara strategi konseptual dengan realitas pelaksanaan lapangan.

Pada tahap ini, logika model (*logic model*) sangat bermanfaat. Logic model adalah kerangka visual yang menghubungkan input (sumber daya), kegiatan, output, outcome, dan dampak dari program. Misalnya, Hayes, Parchman, dan Howard menjelaskan bagaimana mereka menggunakan logic model dalam jaringan penelitian berbasis praktik (PBRN) untuk merencanakan dan mengevaluasi program; mereka mendefinisikan asumsi, input, aktivitas, output, dan indikator outcome secara sistematis.⁶⁸ Penggunaan logic model membantu tim perencanaan dan implementasi memetakan jalur sebab-akibat yang diharapkan, memperjelas siapa melakukan apa, dan bagaimana hasilnya akan diukur.

Selain itu, rencana operasional harus memperhitungkan anggaran (budgeting) secara realistis dan menyusun sistem laporan serta pemantauan (monitoring) berkala. Besarnya biaya, ketersediaan tenaga kesehatan, infrastruktur, dan logistik harus dirinci agar tidak muncul kesenjangan antara harapan dan kenyataan pelaksanaan. Dengan rencana operasional yang matang, program lebih mungkin dijalankan dengan lancar, dan risiko kegagalan operasional dapat diminimalkan.

6. Pengorganisasian dan Koordinasi (*Organizing and Coordination*)

Setelah rencana operasional disusun, langkah selanjutnya adalah mengorganisir sumber daya dan memastikan bahwa koordinasi antar pihak berjalan

⁶⁸ Holly Hayes, Michael L Parchman, dan Ray Howard, “A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN),” *The Journal of the American Board of Family Medicine* 24, no. 5 (2011): 576–82, <https://doi.org/https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.05.110043>.

efektif. Organisasi di sini mencakup pembentukan tim manajemen proyek, penunjukan tanggung jawab, dan pembentukan struktur komunikasi. Karena program kesehatan sering kali melibatkan banyak stakeholder seperti dinas kesehatan, komunitas, LSM, dan lembaga donor koordinasi yang baik menjadi krusial agar pelaksanaan tidak mengalami tumpang tindih atau miskomunikasi.⁶⁹

Struktur organisasi harus dirancang sedemikian rupa sehingga tugas dan peran jelas di tiap level, mulai dari manajemen pusat hingga pelaksana lapangan. Selain itu, mekanisme koordinasi seperti rapat rutin, sistem pelaporan, dan alur komunikasi perlu dipetakan dengan jelas sehingga setiap stakeholder mengetahui peran dan kontribusinya.⁷⁰ Dengan demikian, seluruh tim memiliki pemahaman bersama tentang tujuan, strategi, dan langkah-langkah operasional program.

Lebih jauh, pengorganisasian harus mempertimbangkan transfer pengetahuan dan kapasitas (*capacity building*). Tim pelaksana lokal perlu dibekali dengan pelatihan terkait intervensi, manajemen proyek, dan monitoring-evaluasi agar dapat mengelola program secara mandiri dan berkelanjutan. Koordinasi yang baik dan pembentukan organisasi yang kuat meningkatkan peluang keberhasilan pelaksanaan program serta meningkatkan kemungkinan program diterima dan diadopsi oleh komunitas lokal.⁷¹

7. Pelaksanaan Program (*Program Implementation*)

Tahap implementasi merupakan realisasi kegiatan yang telah direncanakan: menjalankan intervensi di lapangan sesuai dengan strategi dan rencana operasional. Pada fase ini, semua sumber daya yakni manusia, finansial, logistik akan dimobilisasi untuk melakukan kegiatan seperti penyuluhan, pelatihan, advokasi kebijakan, atau penyediaan layanan klinis, tergantung pada jenis intervensi yang telah dipilih.⁷²

⁶⁹ Agung Rheza Fauzi dan Amy Yayuk Sri Rahayu, "Pencegahan Hiv/Aids Melalui Collaborative Governance Antara Pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat, Dan Masyarakat Di Provinsi Dki Jakarta," *SWATANTRA* 21, no. 1 (2023): 9–25.

⁷⁰ World Health Organization, "Everybody's Business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action," in *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, 2007.

⁷¹ Hady Naal et al., "Evaluation of global health capacity building initiatives in low-and middle-income countries: a systematic review," *Journal of global health* 10, no. 2 (2020): 20412.

⁷² David H Peters, Nhan T Tran, and Taghreed Adam, *Implementation Research in Health: A Practical Guide* (World Health Organization, 2013), h. 76.

Namun, pelaksanaan bukan sekadar mengikuti rencana secara kaku, dinamika lapangan sering muncul, seperti resistensi masyarakat, kendala logistik, atau perubahan konteks sosial. Oleh karena itu, penting menerapkan supervisi dan mekanisme pemantauan yang adaptif. Proses monitoring selama implementasi memungkinkan tim program untuk mendeteksi hambatan sejak dini dan melakukan penyesuaian. Fleksibilitas ini penting agar program tetap relevan dan bisa beradaptasi dengan tantangan lapangan tanpa menyimpang dari tujuan utama.

Selain itu, pelaksanaan harus melibatkan pemangku kepentingan dan komunitas agar intervensi diterima dan berkelanjutan. Melakukan kolaborasi dengan tokoh lokal, kader kesehatan, dan organisasi masyarakat membantu memperluas jangkauan dan memperkuat dukungan terhadap program. Partisipasi masyarakat juga meningkatkan rasa kepemilikan, yang sangat penting untuk keberlangsungan dan dampak jangka panjang dari intervensi kesehatan.⁷³

8. Monitoring dan Evaluasi (*Monitoring & Evaluation*)

Setelah program berjalan, monitoring dan evaluasi (M&E) menjadi proses kritis untuk menilai apakah program berhasil dilaksanakan sesuai rencana dan apakah intervensi memberikan dampak yang diharapkan. Monitoring umumnya bersifat proses (*process monitoring*), melacak input, aktivitas, dan output; sementara evaluasi fokus pada outcome (hasil jangka menengah) dan dampak (*impact* jangka panjang). *Logic model* adalah alat penting di tahap ini karena memungkinkan perencana memetakan indikator yang harus diukur pada tiap level (input, output, outcome, impact) dan merancang instrumen evaluasi yang sesuai.

Dalam penelitian perumusan logic model, Voss et al. menggambarkan bagaimana logic model dapat dikembangkan secara bertahap (*staged*) sepanjang evaluasi intervensi publik yang kompleks.⁷⁴ Mereka menunjukkan bahwa dengan memperbarui model pada berbagai milestone (misalnya setelah analisis proses, setelah masukan pemangku kepentingan), tim evaluasi dapat memperoleh pemahaman yang lebih realistis tentang mekanisme intervensi dan konteks

⁷³ Susan B Rifkin, "Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature," *Health policy and planning* 29, no. 2 (2014): 98–106.

⁷⁴ Stephan Voss et al., "Logic models for the evaluation of complex interventions in public health: lessons learnt from a staged development process," *BMC Public Health* 25, no. 1 (2025): 1923.

perubahan. Dengan cara ini, logika dasar intervensi bisa dievaluasi, dipertajam, dan disesuaikan.

Selain itu, logika model juga membantu menjembatani evaluasi berupa pembelajaran: hasil evaluasi tidak hanya dipakai untuk menilai keberhasilan, tetapi juga menjadi dasar refleksi untuk penyempurnaan program di masa mendatang. Pengalaman seperti yang dialami oleh program pencegahan penyakit jantung dan stroke di Washington State menunjukkan bahwa logic model dapat membantu menetapkan pertanyaan evaluasi, indikator, dan mengarahkan analisis data untuk memandu perbaikan intervensi (seperti dalam publikasi oleh *Adapting logic models over time*, WaHDSPP).⁷⁵ Dengan penerapan monitoring dan evaluasi yang sistematis dan berbasis bukti, program kesehatan tidak hanya dapat mencapai hasil yang diinginkan, tetapi juga berkembang secara berkelanjutan dan scalable.

Dalam konteks **organisasi layanan kesehatan** seperti puskesmas, rumah sakit, atau dinas kesehatan, langkah-langkah perencanaan harus dilakukan dengan koordinasi antar bagian (manajemen, klinis, logistik, keuangan). Penting juga untuk melibatkan tim lintas sektor (misalnya pemerintah daerah, lembaga masyarakat) agar program kesehatan bisa relevan dan diterapkan secara berkelanjutan di lapangan.

Penelitian di Puskesmas Bailang, Kota Manado, menunjukkan bahwa pendampingan perencanaan program kesehatan (*capacity building*) terhadap tenaga kesehatan dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam analisis masalah, penetapan prioritas, dan merancang rencana berbasis data.⁷⁶ Sementara itu, studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman menemukan bahwa alur perencanaan yang tidak sistematis dan minim koordinasi menghambat perencanaan berkualitas.⁷⁷

Langkah-langkah perencanaan program kesehatan adalah proses sistematis yang harus dijalankan dengan hati-hati dan berbasis bukti. Mulai dari analisis

⁷⁵ Susan Ladd et al., "Adapting logic models over time: The Washington State heart disease and stroke prevention program experience," *Preventing Chronic Disease* 5, no. 2 (2008): A60.

⁷⁶ Chreisy Kardinalia Fransisca Mandagi and Maureen Irinne Punuh, "pendampingan perencanaan program kesehatan puskesmas bailang kota manado," *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat* 6, no. 5 (2025): 5639–42, <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/cdj.v6i5.50002>.

⁷⁷ Yunita, "Proses Perencanaan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman."

situasi hingga keberlanjutan program, setiap tahap saling terkait dan membutuhkan partisipasi pemangku kepentingan, sumber daya, serta kapasitas organisasi. Tanpa perencanaan yang matang, program kesehatan akan berisiko tidak efektif, tidak efisien, atau gagal mencapai tujuan jangka panjang.

B. Pendekatan Bottom-Up dan Top-Down dalam Perencanaan Layanan Kesehatan



Dalam perencanaan layanan kesehatan, pemilihan pendekatan perencanaan sangat krusial karena berpengaruh besar terhadap efektivitas, penerimaan, dan keberlanjutan intervensi. Dua pendekatan utama yang sering digunakan adalah **bottom-up** (“dari bawah ke atas”) dan **top-down** (“dari atas ke bawah”). Masing-masing memiliki karakteristik, kelebihan, kelemahan, serta implikasi operasional yang berbeda, dan dalam banyak kasus, kombinasi keduanya sering kali menjadi strategi paling efektif.

1. Definisi dan Karakteristik

a. **Top-Down Planning**

Pendekatan top-down adalah model perencanaan di mana arah kebijakan, strategi, dan keputusan utama dirumuskan oleh otoritas pusat (misalnya kementerian kesehatan, badan pusat pengambil kebijakan) dan kemudian diturunkan ke tingkat lokal untuk diimplementasikan. Pada pendekatan ini, unit-level (kabupaten, puskesmas, komunitas) cenderung bertindak sebagai pelaksana atas kebijakan yang sudah ditetapkan di tingkat

atas.⁷⁸ Dalam konteks anggaran, top-down berarti anggaran dibuat di pusat, kemudian dialokasikan ke unit-unit pelaksana.⁷⁹

b. **Bottom Up**

Sementara itu, pendekatan bottom-up dimulai dari level paling bawah (komunitas, fasilitas kesehatan lokal) di mana pemangku kepentingan lokal (masyarakat, petugas kesehatan lokal) secara aktif dilibatkan untuk mengidentifikasi kebutuhan, menyusun rencana program, menentukan prioritas, dan mengusulkan tindakan. Pada model ini, otoritas pusat atau pemerintah pusat lebih berfungsi sebagai fasilitator yang mendukung, bukan sebagai pengambil keputusan tunggal.⁸⁰

2. Kelebihan dan Keterbatasan Masing-Masing Pendekatan⁸¹

Kelebihan Top-Down

- a. **Koordinasi yang terpusat dan konsistensi kebijakan.** Karena perencanaan dilakukan di tingkat pusat, kebijakan kesehatan dapat diselaraskan secara nasional, menciptakan keseragaman prioritas (misalnya target cakupan imunisasi, standar pelayanan).
- b. **Efisiensi dalam alokasi sumber daya.** Dengan pengambilan keputusan strategis di pusat, alokasi anggaran dapat dilakukan berdasarkan visi jangka panjang dan prioritas nasional.
- c. **Kecepatan dalam pengambilan keputusan.** Dalam kondisi krisis atau kebutuhan mendesak (misalnya epidemi), top-down memungkinkan respon cepat karena otoritas pusat dapat langsung menginstruksikan tindakan.

⁷⁸ Catur Harianto, Ahmad Yunani, dan Muhammad Riduan Syafari, “Strategi pembangunan kawasan wisata pantai angana di kecamatan angana kabupaten tanah bumbu,” *Kaganga Komunika* 2, no. 2 (2020): 106–18.

⁷⁹ Florin Bolojan, “Bottom-up/top-down budgeting,” *Defense Resources Management in the 21st Century* 6, no. 6 (2011): 160–64.

⁸⁰ Sulton Muminah and Tjahjo Suprajogo, “Implementasi Kebijakan Pembangunan Daerah Melalui Pendekatan Bottom-Up,” *Scientific Journal Of Reflection: Economic, Accounting, Management and Business* 8, no. 4 (2025): 1485–95.

⁸¹ Purbo Yuono, “Perbandingan Metode Top-Down Dan Bottom-Up Pada Konstruksi Basement Ditinjau Dari Segi Waktu Dan Biaya,” *Rekayasa Teknik Sipil* 9, no. 2 (2021).

Keterbatasan Top-Down⁸²

- a. **Kurangnya partisipasi lokal.** Karena keputusan bersifat terpusat, keterlibatan masyarakat lokal dalam perencanaan bisa minim, yang dapat menyebabkan rendahnya kepemilikan program. Hal ini dapat melemahkan komitmen lokal.
- b. **Risiko kebijakan yang tidak relevan lokal:** Karena perencanaan tidak selalu berdasarkan kondisi lokal, rencana yang dihasilkan bisa kurang responsif terhadap kebutuhan spesifik komunitas.
- c. **Sifat hierarkis dan kurang fleksibel:** Struktur top-down cenderung kaku dan sulit beradaptasi dengan dinamisnya situasi lokal.

Kelebihan Bottom-Up⁸³

- a. **Partisipasi aktif komunitas.** Dengan melibatkan pemangku kepentingan lokal dalam penyusunan rencana, pendekatan bottom-up meningkatkan rasa kepemilikan masyarakat terhadap program kesehatan.
- b. **Responsivitas terhadap kebutuhan lokal.** Rencana disusun berdasarkan aspirasi lokal, sehingga lebih sesuai dan relevan dengan isu yang dihadapi komunitas.
- c. **Inovasi dan kapasitas lokal.** Karena masyarakat lokal terlibat langsung, pendekatan ini cenderung membuka ruang bagi kreativitas, inovasi, dan pemanfaatan kearifan lokal.
- d. **Keberlanjutan program.** Komitmen masyarakat yang tinggi dan rasa kepemilikan membuat intervensi lebih mungkin berlanjut dalam jangka panjang.

⁸² Andi Susanto and Zaini Miftah, "Top-Down To Partisipatif: Transformasi Kebijakan Pemberdayaan Inklusif," in *International Conference on Humanity Education and Society (ICHES)*, vol. 4, 2025.

⁸³ Najwa Sekar Maulidha et al., "Strategi Pengambilan Keputusan Top-Down dan Bottom-Up di PT Telkomsel," *Jurnal Akuntansi, Manajemen, dan Perencanaan Kebijakan* 2, no. 2 (2024): 9.

Keterbatasan Bottom-Up⁸⁴

- a. **Proses perencanaan yang lambat.** Keterlibatan banyak pemangku kepentingan lokal berarti musyawarah, konsultasi, dan re-alignment yang memakan waktu.
- b. **Kebutuhan kapasitas lokal.** Masyarakat atau pemangku lokal mungkin belum memiliki kapasitas teknis (perencanaan, analisis data) untuk merancang program yang kompleks.
- c. **Sumber daya terbatas.** Jika dukungan dari pusat lemah, komunitas lokal mungkin kesulitan mendapatkan dana, pelatihan, atau infrastruktur untuk mengimplementasikan rencana.

3. Implikasi dalam Perencanaan Layanan Kesehatan

Dalam konteks layanan kesehatan, pemilihan antara top-down dan bottom-up sangat menentukan keberhasilan program, terutama di negara dengan desentralisasi kesehatan atau sistem pelayanan berjenjang (seperti puskesmas, rumah sakit daerah, dll).

b. Desentralisasi dan Otonomi Daerah

Dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi, otoritas lokal (misalnya dinas kesehatan kabupaten/kota) memiliki peran besar dalam perencanaan program kesehatan. Namun, jika perencanaan bersifat top-down sepenuhnya, potensi otonomi daerah bisa tidak maksimal. Sebaliknya, pendekatan bottom-up dapat menguatkan perencanaan partisipatif, tetapi mungkin memerlukan dukungan teknis dan finansial dari pusat agar usulan lokal dapat diimplementasikan. Studi tentang perencanaan sistem kesehatan lokal sering menyoroti bahwa manajer dinas kesehatan kabupaten sebagai pelaksana kebijakan pusat jarang mendapat kesempatan mendesain program yang sesuai dengan kebutuhan daerah.⁸⁵

⁸⁴ Wilson Y Rompas dan Jericho D Pombengi, "Implementasi pendekatan bottom-up dalam perencanaan pembangunan desa di kecamatan tumpaan kabupaten minahasa selatan," *Jurnal Administrasi Publik* 1, no. 010 (2015).

⁸⁵ Mubasysyir Hasanbasri, "Pendekatan sistem dalam perencanaan program kesehatan daerah," *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 10, no. 02 (2007): 56–63, <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jmpk.v10i02.2705>.

c. Kebijakan Kesehatan Nasional

Pemerintah pusat sering menetapkan kebijakan kesehatan nasional (misalnya target cakupan imunisasi, UHC, prioritas penyakit). Dalam hal ini, pendekatan top-down sangat berguna untuk menetapkan kerangka strategis agar sasaran nasional tercapai secara terkoordinasi. Namun, untuk memastikan rencana nasional tersebut diterjemahkan dengan tepat di lapangan, perencanaan bottom-up lokal penting agar intervensi sesuai dengan realitas komunitas.

d. Perencanaan Anggaran di Layanan Kesehatan

Dalam konteks anggaran dan penetapan harga layanan kesehatan, pendekatan bottom-up dan top-down juga dapat digunakan. Sebagai contoh, Muchtar & Sulistiadi mengeksplorasi bagaimana kedua pendekatan digunakan dalam menetapkan harga pelayanan kesehatan (costing dan strategi pemasaran rumah sakit).⁸⁶

- 1) **Top-down costing:** manajemen pusat rumah sakit menetapkan target pendapatan dan margin, kemudian mendistribusikan anggaran dan harga ke unit-unit pelayanan.
- 2) **Bottom-up costing:** masing-masing unit (misalnya poliklinik, departemen klinis) menyusun biaya operasional dan kebutuhan anggarannya sendiri berdasarkan aktivitas lokal, lalu dijumlahkan untuk menghasilkan gambaran biaya total rumah sakit.

Pendekatan bottom-up menyediakan estimasi yang lebih akurat karena mempertimbangkan variabilitas lokal dalam aktivitas klinis, sedangkan top-down memberikan kerangka strategis yang menyelaraskan biaya dengan visi manajerial rumah sakit.

e. Keberlanjutan dan Implementasi Program Kesehatan

Pendekatan bottom-up cenderung memperkuat keberlanjutan intervensi kesehatan. Misalnya, ketika masyarakat lokal merasa terlibat dalam perencanaan, mereka memiliki rasa kepemilikan yang lebih besar terhadap program, sehingga kemungkinan melanjutkan kegiatan setelah dukungan eksternal berkurang menjadi lebih tinggi. Studi pada konteks pembangunan

⁸⁶ Muchtar Muchtar dan Wahyu Sulistiadi, "Metode Pendekatan Top-down dan Bottom-up: Strategi Marketing Penetapan Harga di Pelayanan Kesehatan," *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia)* 5, no. 1 (2018): 10–15, <https://doi.org/10.7454/arsi.v5i1.2863>.

menunjukkan bahwa partisipasi lokal (bottom-up) dapat meningkatkan komitmen jangka panjang dan adaptasi program terhadap konteks lokal.⁸⁷

Namun, agar intervensi bottom-up efektif, diperlukan dukungan struktural dari level atas: penyediaan dana, bimbingan teknis, dan kerangka kebijakan yang memungkinkan fleksibilitas lokal. Tanpa dukungan tersebut, usulan lokal bisa terhambat dalam tahap implementasi karena keterbatasan kapasitas atau sumber daya.

4. Model Integrasi: Menggabungkan Kedua Pendekatan

Karena kelebihan dan keterbatasan masing-masing, banyak pakar menyarankan model integratif (*hybrid*) antara bottom-up dan top-down dalam perencanaan layanan kesehatan agar dapat memanfaatkan kekuatan kedua pendekatan.⁸⁸ Integrasi ini bisa diorganisasikan dalam beberapa cara:

a. **Kerangka Kebijakan Nasional + Partisipasi Lokal**

Pemerintah pusat dapat menetapkan strategi dan target global (misalnya dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan), kemudian membuka mekanisme forum konsultatif di tingkat lokal agar pemangku kepentingan komunitas dan manajemen pelayanan kesehatan lokal dapat memberikan masukan, menyesuaikan rencana, dan menyusun prioritas lokal. Dengan demikian, kebijakan nasional tetap terjaga, tetapi relevansi lokal juga dipertimbangkan.⁸⁹

b. **Dual-Level Perencanaan Anggaran**

Dalam perencanaan anggaran, model integratif memungkinkan penggunaan anggaran top-down untuk kebutuhan strategis nasional (misalnya investasi infrastruktur besar, program massal), sementara alokasi untuk

⁸⁷ Falih Suaedi and Genut Wahyu Widiono, "Integrasi Pendekatan Top-Down Dan Bottom-Up Dalam Community Development (Studi Pada Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Masyarakat Kampung Down Syndrome Di Kabupaten Ponorogo)," *Seminar IQRA* 1, no. 1 (2017): 617–32; Sari Seftiani et al., "Peran Kelembagaan Lokal Dalam Upaya Perlindungan Pekerja Migran Indonesia: Studi Kasus Lembaga Sosial Desa (LSD) Anjani," *Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora* 13, no. 2 (2024): 369–81, <https://doi.org/https://doi.org/10.23887/jish.v13i2.77739>.

⁸⁸ Maulidha et al., "Strategi Pengambilan Keputusan Top-Down dan Bottom-Up di PT Telkomsel."

⁸⁹ Andi Heny Mulawati Nurdin, "Integrasi sistem perencanaan partisipatif, teknokratif, dan politis dalam perencanaan dan penganggaran program pemberdayaan ekonomi masyarakat kota," *Jurnal MP (Manajemen Pemerintahan)*, 2017.

kegiatan lokal (misalnya program puskesmas, outreach komunitas) disusun melalui bottom-up berdasarkan usulan unit lokal.

c. **Pelatihan dan Penguatan Kapasitas Lokal**

Agar pendekatan bottom-up dapat berjalan efektif, perlu ada investasi di kapasitas lokal: pelatihan bagi petugas puskesmas, tenaga kesehatan komunitas, dan pemimpin masyarakat dalam perencanaan, penganggaran, dan manajemen proyek. Pusat atau lembaga nasional dapat memberikan bimbingan teknis, mentoring, supervisi, dan dukungan dana awal agar usulan lokal dapat diimplementasikan secara efektif.⁹⁰

d. **Sistem Umpan Balik**

Setelah implementasi, penting dibuat mekanisme umpan balik (feedback loop) dari level lokal ke pusat agar pelajaran dari lapangan bisa digunakan untuk menyesuaikan strategi nasional. Misalnya, jika komunitas lokal menunjukkan bahwa prioritas kebutuhan berubah, data dan pengalaman itu bisa diintegrasikan dalam revisi rencana kebijakan nasional atau perencanaan anggaran berikutnya.

Sebagai bukti dari efektivitas integrasi, penelitian dalam pengembangan komunitas (“community development”) menunjukkan bahwa penggabungan pendekatan top-down dan bottom-up bisa menciptakan model yang lebih efektif dan berkelanjutan.⁹¹

Pendekatan **bottom-up** dan **top-down** dalam perencanaan layanan kesehatan masing-masing memiliki kekuatan dan keterbatasan. Pendekatan top-down menawarkan kecepatan, koordinasi nasional, dan efisiensi, sedangkan bottom-up menghadirkan partisipasi lokal, relevansi kontekstual, dan potensi keberlanjutan jangka panjang. Untuk merancang layanan kesehatan yang efektif dan berkelanjutan, integrasi kedua pendekatan ini sangat disarankan. Melalui model hybrid, rencana kesehatan dapat merumuskan kebijakan strategis di tingkat pusat sekaligus memberdayakan komunitas lokal untuk ikut serta dalam penentuan

⁹⁰ Andi Setyo Pambudi, “Sinkronisasi Perencanaan Pembangunan Top-Down Dan Bottom-Up Tentang Pembangunan Air Minum: Studi Kasus Di Provinsi Jawa Tengah,” *Jurnal Ilmiah Wahana Bhakti Praja* 12, no. 1 (2022): 23–43.

⁹¹ Suaedi and Widiono, “Integrasi Pendekatan Top-Down Dan Bottom-Up Dalam Community Development (Studi Pada Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Masyarakat Kampung Down Syndrome Di Kabupaten Ponorogo).”

prioritas, alokasi sumber daya, dan implementasi program. Agar strategi ini berhasil, diperlukan dukungan kapasitas lokal, fleksibilitas anggaran, serta sistem umpan balik yang memungkinkan adaptasi kebijakan dari pengalaman lapangan.

B. Pengorganisasian Tenaga dan Fasilitas Kesehatan

Pengorganisasian tenaga kesehatan dan fasilitas merupakan komponen krusial dalam sistem pelayanan kesehatan. Tanpa struktur organisasi yang baik, alokasi tenaga dan fasilitas cenderung tidak efisien, yang bisa menurunkan kualitas layanan. Sebagai bagian dari manajemen sistem kesehatan, fungsi organisasi harus menyusun tugas, wewenang, dan hubungan kerja antar elemen supaya koordinasi dan kolaborasi antar tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, dan lain-lain) dengan fasilitas (puskesmas, rumah sakit, klinik) berjalan optimal.

1. Dalam merencanakan pengorganisasian, penting untuk melakukan analisis kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja dan profil epidemiologis populasi. Misalnya, penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa perencanaan kebutuhan tenaga harus mempertimbangkan beban kerja untuk menjaga “patient safety” serta kualitas pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, struktur organisasi tenaga kesehatan di fasilitas harus mampu menyesuaikan rasio staff per pasien, jenis staf yang dibutuhkan (misalnya spesialis, perawat, teknisi), dan penjadwalan (*staffing*) yang adil dan efisien.
2. Manajemen sumber daya manusia tenaga kesehatan dalam fasilitas memerlukan strategi pengorganisasian yang matang agar tidak terjadi kekurangan atau ketidakseimbangan distribusi. Sebagai contoh, kajian literatur menunjukkan bahwa implementasi manajemen SDM di fasilitas kesehatan di Indonesia belum optimal, menyebabkan ketimpangan distribusi dan defisit tenaga di beberapa wilayah.⁹² Dalam hal ini, pengorganisasian perlu mencakup perekrutan, retensi, pelatihan, dan karier bagi tenaga kesehatan agar distribusi merata dan kualitas tetap terjaga.

⁹² Nurul Yulaika dan Sylvy Medtasya Dzykryanka, “Perencanaan tenaga teknis kefarmasian berdasarkan analisis beban kerja menggunakan metode WISN di RSIA KM,” *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* 6, no. 1 (2018): 46.

3. Struktur organisasi fasilitas kesehatan juga harus dirancang dengan mempertimbangkan hierarki dan fungsi klinis serta administratif. Struktur yang jelas dengan uraian tugas dan pendelegasian wewenang sangat penting agar tiap tenaga kesehatan memahami perannya dan tanggung jawabnya. Dalam konteks keperawatan, misalnya, Jurnal Ilmiah Kesehatan menyebut bahwa pengorganisasian mencakup pembagian kerja menurut kompetensi (kompetensi klinis, shift, skill-mix) serta jadwal dinas yang mempertimbangkan beban kerja per shift.⁹³
4. Dalam mengorganisir fasilitas kesehatan, distribusi geografis fasilitas juga menjadi pertimbangan utama. Studi di Kota Bengkulu dan kabupaten-kabupaten sekitarnya menunjukkan bahwa pemerataan fasilitas masih menjadi tantangan bagi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).⁹⁴ Dengan pengorganisasian yang baik, perencanaan pembangunan fasilitas (puskesmas, rumah sakit) dapat diarahkan ke area yang masih kurang fasilitas agar akses layanan kesehatan lebih adil.
5. Pengorganisasian tenaga dan fasilitas tak terpisahkan dari sistem administrasi yang efisien. Administrasi kesehatan yang terstruktur dengan baik mendukung efektivitas kerja tenaga kesehatan dan pemanfaatan fasilitas melalui alur triase, sistem informasi, dan proses pengawasan. Optimasi administrasi menegaskan bahwa manajemen administratif (HR, sistem informasi kesehatan, pelatihan) sangat berkontribusi terhadap efisiensi dan kualitas pelayanan.⁹⁵
6. Motivasi dan retensi tenaga kesehatan merupakan bagian dari pengorganisasian jangka panjang yang tak boleh diabaikan. Ketersediaan fasilitas pendukung (insentif, karir, perlindungan hukum) akan

⁹³ Jacqueline Makanoneng, Sri Sundari, dan Marisi Pakpahan, "Implementasi Manajemen Sumber Daya Manusia Di Fasilitas Kesehatan: Kajian Studi Literatur," *Lokawati: Jurnal Penelitian Manajemen dan Inovasi Riset* 2, no. 2 (2024): 304–10, <https://doi.org/https://doi.org/10.61132/lokawati.v2i2.675>.

⁹⁴ Yandrizal Yandrizal et al., "Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pemerataan Pelayanan pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Selumadan Kabupaten Kaur," *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 3, no. 2 (2014): 103–12, <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jkki.36383>.

⁹⁵ Indah Pemberiani, Ilin, and Latifah, "Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Melalui Administrasi Kesehatan Yang Efektif," *JIKES: Jurnal Ilmu Kesehatan* 4, no. 1 (2025): 65–71, <https://doi.org/https://doi.org/10.71456/jik.v4i1.1500>.

mempengaruhi apakah tenaga kesehatan bertahan di fasilitas tertentu. Pentingnya insentif, perlindungan sosial, dan jalur karier untuk mempertahankan tenaga di daerah terpencil dan fasilitas milik pemerintah.⁹⁶

7. Pengorganisasian juga harus memperhitungkan fungsi pengawasan (controlling) dan koordinasi antar unit. Pengorganisasian yang baik menetapkan mekanisme pelaporan, jalur komando, kontrol mutu, dan evaluasi kinerja tenaga kesehatan serta fasilitas. Sebuah penelitian keperawatan di masa COVID-19 menemukan bahwa fungsi pengorganisasian manajemen keperawatan (nursing) sangat berhubungan dengan efektivitas pelayanan kesehatan masyarakat.⁹⁷ Struktur organisasi yang kokoh memungkinkan pemantauan standar keperawatan, alur komunikasi antar staf, dan adaptasi cepat terhadap situasi krisis.
8. Aspek fleksibilitas dalam struktur organisasi juga penting agar sistem kesehatan dapat merespons perubahan lingkungan (misalnya wabah, kebijakan). Dalam konteks puskesmas di Poso, studi kualitatif menunjukkan bahwa pengorganisasian harus adaptif dalam menghadapi pandemi: alur kerja, jam operasional, dan pembagian peran tenaga kesehatan diubah agar tetap melayani dengan aman.⁹⁸ Adaptabilitas ini menjadi bagian dari perencanaan organisasi agar fasilitas dan tenaga kesehatan tidak kaku tetapi proaktif.
9. Pengorganisasian fasilitas harus mempertimbangkan standar profesional dan regulasi kesehatan. Contohnya, dalam pengorganisasian perawat di RS, hubungan struktur manajemen dengan kewaspadaan standar (infection control) menjadi sangat penting. Penelitian di RS Daerah Batu Sangkar menemukan bahwa fungsi pengorganisasian yang baik berhubungan dengan

⁹⁶ Radinal Husein, "Percepatan Pemenuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Untuk Daya Ungkit Pembangunan Kesehatan," *GEMAKES: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* 4, no. 1 (2024): 149–57, <https://doi.org/10.36082/gemakes.v4i1.1552>.

⁹⁷ Dwi Debi Tampa'i, "Hubungan pelaksanaan fungsi manajemen keperawatan pengorganisasian dengan pelayanan kesehatan masyarakat di masa COVID-19," *Jurnal Keperawatan Tropis Papua* 7, no. 1 (2024): 40–45, <https://doi.org/https://doi.org/10.47539/jktp.v7i1.367>.

⁹⁸ Galib Lahada dan Muhammad Yasser Fedayyen, "Pelaksanaan Fungsi Manajemen dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Covid-19 pada Puskesmas Tagolu Kecamatan Lage Kabupaten Poso," *Jurnal Ilmiah Administratie* 17, no. 1 (2021): 41–47.

tingkat kepatuhan perawat terhadap standar kewaspadaan infeksi, yang berdampak pada keselamatan pasien dan kualitas pelayanan.⁹⁹

10. Evaluasi berkelanjutan merupakan bagian dari organisasi sistem kesehatan yang baik. Setelah struktur organisasi diterapkan, perlu ada penilaian maturitas operasional fasilitas layanan kesehatan. Model-model maturity (kematangan) operasional dapat membantu menilai sejauh mana fasilitas dan SDM telah terorganisir secara optimal. Kajian literatur tentang model kematangan di sistem kesehatan menemukan bahwa model-model tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan produktivitas dalam manajemen layanan kesehatan.¹⁰⁰

Secara keseluruhan, pengorganisasian tenaga kesehatan dan fasilitas merupakan fondasi penting bagi keberlangsungan sistem pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan. Melalui perencanaan kebutuhan tenaga berbasis beban kerja, distribusi fasilitas yang merata, mekanisme administrasi yang tertata, serta struktur organisasi yang adaptif terhadap perubahan lingkungan, kualitas layanan dapat terus ditingkatkan. Penguatan aspek kompetensi, koordinasi, pengawasan, dan retensi tenaga kesehatan juga menjadi faktor kunci yang menentukan kinerja fasilitas dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. Dengan memahami prinsip-prinsip pengorganisasian ini, pengelolaan layanan kesehatan dapat diarahkan menjadi lebih responsif, bermutu, dan mampu menjamin akses layanan yang optimal bagi seluruh lapisan masyarakat.

D. Desain Organisasi Pelayanan Kesehatan

Desain organisasi pelayanan kesehatan adalah upaya merancang struktur, pola kerja, peran dan fungsi, alur koordinasi, serta mekanisme tata kepemimpinan dan sistem layanan dalam fasilitas kesehatan agar layanan yang diberikan efektif, efisien, terintegrasi, dan sesuai kebutuhan masyarakat. Organisasi pelayanan kesehatan memiliki karakteristik kompleks karena melibatkan profesi, regulasi, komunitas, dan keragaman layanan medis. Di dalam literatur manajemen

⁹⁹ Armanda Tri Murti, Hafni Bachtiar, dan Supiyah Supiyah, "Hubungan Fungsi Pengorganisasian dengan Pelaksanaan Kewaspadaan Standar Oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Batu Sangkar," *Jurnal Kesehatan Medika Saintika* 13, no. 1 (2022): 94–107.

¹⁰⁰ Ayça Kolukısa Tarhan et al., "Maturity assessment and maturity models in health care: A multivocal literature review," *Digital health* 6 (2020): 2055207620914772.

kesehatan, desain organisasi harus mempertimbangkan kondisi lokal, tujuan layanan, tingkat pelayanan (primer, sekunder, tersier), serta alur rujukan dan integrasi antar layanan.

Sebagai referensi teoretis, kerangka desain organisasi dapat dikaitkan dengan gagasan struktur organisasi formal (struktur vertikal, matriks, fungsi, tim), serta paradigma integrasi layanan antar unit/tingkat layanan agar pasien mendapat *continuity of care*. Studi seperti *Organizing integrated care in a university hospital: Application of a conceptual framework* menggambarkan bagaimana sebuah rumah sakit menerapkan struktur “matrix structure” yang menggabungkan integrasi vertikal dan horizontal untuk meningkatkan patient flows.¹⁰¹ Sementara itu, Fais Satrianegara memberikan pendekatan struktur organisasi dan pengorganisasian fasilitas layanan kesehatan di Indonesia secara kontekstual.¹⁰²

1. Karakteristik dan Prinsip Desain Organisasi pada Pelayanan Kesehatan

Sebelum membedakan detail antar jenis fasilitas (puskesmas, rumah sakit, klinik), penting memahami beberapa prinsip dasar dalam desain organisasi layanan kesehatan:

- a. **Orientasi pada alur pasien (“patient flow”) dan koordinasi antar layanan.** Organisasi harus mendesain unit/struktur yang mendukung aliran pasien yang efisien, lintas-departemen, dan terkoneksi antar tingkat layanan.¹⁰³
- b. **Pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab yang jelas.** Setiap struktur organisasi memiliki uraian jabatan, wewenang, serta mekanisme supervisi dan kolaborasi antar unit agar operasional berjalan efektif. Buku Satrianegara memberikan model uraian tugas, struktur, dan hubungan antar unit di puskesmas dan rumah sakit.
- c. **Integrasi profesional dan lintas disiplin.** Mulai dari tenaga medis, manajemen, pelayanan primer hingga rujukan harus terintegrasi, termasuk

¹⁰¹ Runo Axelsson et al., “Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework,” *International journal of integrated care* 19, no. 14 (2014): 1–19, [https://doi.org/Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework](https://doi.org/Organizing%20integrated%20care%20in%20a%20university%20hospital%3A%20application%20of%20a%20conceptual%20framework).

¹⁰² M Fais Satrianegara, *Organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan* (Jakarta: Salemba Medika, 2019).

¹⁰³ Axelsson et al., “Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework.”

tim klinis, tim manajemen, dan koordinasi eksternal. Integrated care dan tim multidisipliner menjadi penting.¹⁰⁴

- d. **Fleksibilitas dan adaptabilitas terhadap lingkungan & regulasi.** Sistem organisasi fasilitas kesehatan harus responsif terhadap regulasi nasional/daerah, kebutuhan masyarakat lokal, epidemiologi, dan perkembangan teknologi. Satrianegara menekankan fleksibilitas dalam struktur organisasi layanan kesehatan.
- e. **Akuntabilitas, sistem pengendalian mutu, dan evaluasi kinerja.** Struktur harus mendukung pengawasan, sistem penilaian, dan koordinasi antar bagian untuk menjaga mutu layanan kesehatan.

2. Desain Organisasi pada Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berikut uraian mendetail desain organisasi untuk tiga jenis utama fasilitas pelayanan kesehatan: **Puskesmas, Rumah Sakit, dan Klinik.**

a. Puskesmas

2) Profil dan fungsi utama

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat dasar (primer) yang berperan sebagai garda terdepan pembangunan kesehatan masyarakat, pelayanan promotif-preventif, dan pelayanan dasar kesehatan. Puskesmas memiliki tanggung jawab pada wilayah kerja tertentu, dan memberikan layanan menyeluruh serta terpadu bagi masyarakat. Fais menyebut bahwa puskesmas berperan penting meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan mutu layanan kesehatan masyarakat.¹⁰⁵

3) Struktur organisasi ideal dan elemen desain

Desain organisasi puskesmas umumnya lebih sederhana dibandingkan rumah sakit, tetapi tetap memiliki struktur jelas: kepala puskesmas sebagai pimpinan, seksi/tim program (promotif-preventif, kesehatan masyarakat, gudang obat, pelayanan umum), tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, kesehatan lingkungan), serta unit penunjang (administrasi, laboratorium sederhana). Buku Satrianegara menyajikan susunan struktur

¹⁰⁴ Fadumo Noor, Gabriel Gulis, dan Leena Eklund Karlsson, "Exploration of understanding of integrated care from a public health perspective: A scoping review," *Journal of Public Health Research* 12, no. 3 (2023): 22799036231181210, <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/22799036231181>.

¹⁰⁵ Satrianegara, *Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*, h. 17.

organisasi puskesmas lengkap dengan uraian tugas kepala puskesmas, kepala urusan tata usaha, dan struktur program pokok puskesmas.¹⁰⁶ Struktur ini disusun untuk mendukung pelayanan promotif dan preventif di tingkat masyarakat dan menjamin koordinasi program kesehatan di wilayah kerja.

4) **Mekanisme koordinasi dan integrasi lokal**

Dalam organisasi puskesmas, koordinasi dengan komunitas (posyandu, kader kesehatan, desa/kelurahan), lintas sektor, dan layanan primer sangat krusial. Kepala puskesmas dan tim fungsional melakukan perencanaan bersama, supervisi, dan monitoring program. Struktur terbuka dan partisipatif dibutuhkan agar sesuai dengan karakteristik masyarakat dan kebutuhan wilayah.

5) **Tantangan dan pengembangan**

Tantangan desain organisasi puskesmas termasuk keterbatasan sumber daya (SDM, fasilitas), beban pelayanan luas dengan cakupan populasi besar, dan kebutuhan integrasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota serta jaringan rujukan. Pembaruan peran, pelatihan kepemimpinan, dan sistem supervisi diperlukan untuk memperkuat peran puskesmas.

b. **Desain Organisasi Rumah Sakit**

1) **Profil dan kompleksitas struktur**

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan rujukan memiliki kompleksitas layanan tinggi (rawat inap, rawat jalan, spesialis, poli, penunjang medis). Oleh karena itu, desain organisasi rumah sakit harus mampu mengakomodasi berbagai departemen klinik, layanan spesialis, manajemen, dan koordinasi lintas profesi. Struktur baru di rumah sakit menerapkan **struktur matriks** yang menggabungkan integrasi vertikal antar departemen klinis dengan integrasi horizontal alur pasien (patient flows) untuk meningkatkan koordinasi dan kualitas layanan.¹⁰⁷

2) **Model struktur: matriks dan flow-oriented**

¹⁰⁶ Assyifa Deswita Mrp et al., “Peran Kepala Puskesmas Terhadap Kinerja Petugas dan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas,” *Jurnal Kolaboratif Sains* 8, no. 1 (2025): 143–49, <https://doi.org/10.56338/jks.v8i1.6654>.

¹⁰⁷ Axelsson et al., “Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework.”

Rumah sakit melakukan reorganisasi menjadi delapan ‘clinical departments’ yang menggabungkan berbagai spesialis berdasarkan alur pasien, bukan hanya berdasarkan departemen tradisional. Departemen-departemen memiliki struktur “leadership troika” (clinical director dan dua wakil direktur: satu untuk SDM, satu untuk alur pasien). Struktur ini memungkinkan koordinasi antar spesialis serta integrasi antar departemen dalam pelayanan pasien multidisipliner. “Flow managers” diangkat untuk mengelola alur pasien dan koordinasi antar departemen serta antar sektor layanan primer. Fokusnya pada teamwork, co-location, dan interprofessional teams.¹⁰⁸

3) **Tim interprofessional dan integrasi layanan**

Desain organisasi rumah sakit modern menekankan tim multidisipliner (dokter spesialis, perawat, tim manajemen, case manager), pertemuan lintas departemen, dan sistem integrasi internal serta dengan layanan primer/luar institusi. Model integrasi ini mengurangi fragmentasi layanan dan mempercepat rujukan internal. Struktur baru menantang “professional boundaries” namun menghadirkan kolaborasi yang efektif.¹⁰⁹

4) **Pengendalian kualitas dan pengelolaan kompleksitas**

Rumah sakit harus menerapkan sistem manajemen mutu, alur rujukan, sistem pengendalian internal, dan manajemen keuangan yang adaptif. Struktur organisasi dapat dilengkapi dengan komite medis, komite manajemen mutu, unit pelayanan, dan tim lintas departemen. Selain itu, perencanaan SDM, struktur kepemimpinan, dan alur manajemen penting agar pelayanan berjalan optimal.

c. **Desain Organisasi Klinik**

1) **Profil dan peran klinik dalam sistem layanan kesehatan**

Klinik adalah fasilitas layanan kesehatan non-rumah sakit (bisa pemerintah/swasta/klinis) yang memberikan layanan rawat jalan, pelayanan

¹⁰⁸ Rusmini Sri Rusmini, “Pengembangan Model Dengan Proses Manajemen Risiko Pembentukan Struktur Di Keperawatan (Studi Rumah Sakit Di Semarang)” (Universitas Karya Husada, 2022); Febri Endra Budi Setyawan dan Stefanus Supriyanto, *Manajemen rumah sakit* (Zifatama Jawara, 2020); Stefanus Supriyanto et al., *Administrasi Rumah Sakit* (Zifatama Jawara, 2023).

¹⁰⁹ Francisca Sri Susilaningsih, “Sosialisasi model praktik kolaborasi interprofesional pelayanan kesehatan di rumah sakit,” *Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat* 6, no. 1 (2017).

spesifik atau umum, layanan kesehatan terjangkau, dan terkadang layanan sub-spesialisasi terbatas. Klinik bisa memiliki manajemen lebih sederhana dibanding rumah sakit, fokus pada pelayanan rawat jalan dan fungsi primer/sekunder. Struktur organisasi klinik lebih kecil skala, tetapi prinsip kejelasan tugas, koordinasi, dan pelayanan tetap harus diterapkan. Beberapa panduan manajemen klinik menekankan pentingnya struktur organisasi yang jelas, uraian tugas, serta evaluasi periodik.¹¹⁰

2) Struktur organisasi dan tata kelola klinik

Struktur organisasi klinik umumnya mencakup pimpinan atau pemilik/pengelola klinik, kepala klinik atau manajer, tenaga medis (dokter umum/spesialis), staf keperawatan/petugas administrasi, unit pendaftaran, dan unit penunjang (lab/diagnostik jika ada). Struktur harus memiliki kejelasan tugas, tanggung jawab, dan alur komunikasi antar jabatan agar pelayanan efektif dan efisien. Konsultan atau pemangku tanggung jawab ditetapkan pada tiap jabatan dan ada evaluasi reguler per struktur.¹¹¹

3) Pengorganisasian dan peninjauan struktur

Pengorganisasian klinik ideal mencakup pengaturan struktur yang jelas, uraian tugas setiap posisi, alur komunikasi, dan evaluasi struktur secara berkala. Pendampingan manajemen penting untuk menetapkan struktur, terutama untuk klinik kecil atau baru. Prinsip transparansi, koordinasi lintas fungsi, dan staf yang kompeten harus dijaga.¹¹²

d. Perbandingan, Implikasi, Dan Rekomendasi Untuk Konteks Lokal

Berdasarkan karakteristik ketiga jenis fasilitas, beberapa hal yang dapat dijadikan perhatian dalam konteks lokal (desa/daerah/kabupaten):

- 1) **Skala dan kompleksitas layanan berbeda.** Puskesmas memiliki pendekatan komunitas dan pelayanan dasar; rumah sakit dengan layanan komprehensif dan spesialis; klinik memiliki fleksibilitas dan layanan rawat

¹¹⁰ Damara Doni, “Analisis Manajemen Klinik Sanitasi Diwilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang” (Universitas Andalas, 2016).

¹¹¹ Dhian Tyas Utami et al., “Implementasi Teori Organisasi dalam Pengelolaan Klinik Utama: Pendekatan Multidimensi,” *Jurnal Masharif Al-Syariah: Jurnal Ekonomi dan Perbankan Syariah* 9, no. 5 (2024).

¹¹² Doni, “Analisis Manajemen Klinik Sanitasi Diwilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang.”

jalan/khusus sederhana. Struktur organisasi disesuaikan dengan skala dan jenis layanan.

- 2) **Desain struktur harus responsif terhadap wilayah kerja dan beban populasi.** Di wilayah dengan penyebaran desa/komunitas (misalnya penelitian Anda di Desa Janji), puskesmas harus dirancang dengan struktur yang kuat di tingkat wilayah, koordinasi lintas desa, dan pemimpin lokal. Klinik di daerah bisa menjadi unit pendukung atau rujukan lokal.
- 3) **Kolaborasi dan integrasi antar layanan sangat penting.** Sistem rujukan antara puskesmas, klinik, dan rumah sakit harus dirancang sejak awal agar pasien mendapatkan layanan lanjutan. Rumah sakit dengan struktur integratif (seperti model flow managers) bisa diadaptasi ke rumah sakit daerah.¹¹³
- 4) **Penguatan sumber daya manusia dan tim lintas profesi.** Pada setiap jenis fasilitas, struktur tim, kepemimpinan, dan kolaborasi antar profesi harus diperkuat. Pastikan ada koordinasi manajemen dan supervisi rutin.
- 5) **Monitoring, evaluasi, dan adaptasi struktur organisasi.** Setiap organisasi kesehatan harus melakukan evaluasi berkala terhadap struktur dan alur layanan menyesuaikan kebutuhan masyarakat.

Secara keseluruhan, desain organisasi pelayanan kesehatan baik pada puskesmas, rumah sakit, maupun klinik merupakan fondasi penting yang menentukan mutu, efektivitas, dan keberlanjutan layanan kesehatan di setiap tingkat. Struktur yang dirancang dengan mempertimbangkan alur pasien, kolaborasi lintas profesi, beban kerja wilayah, serta integrasi antar fasilitas akan menghasilkan sistem pelayanan yang lebih responsif dan adaptif terhadap kebutuhan masyarakat. Dengan merujuk pada berbagai studi dan literatur ilmiah, jelas bahwa keberhasilan sebuah fasilitas kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan sarana dan prasarana, tetapi juga oleh sejauh mana desain organisasinya mampu mendukung koordinasi, efisiensi, dan kualitas pelayanan. Karena itu, setiap fasilitas kesehatan perlu secara berkelanjutan melakukan evaluasi

¹¹³ Axelsson et al., "Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework."

dan penyempurnaan struktur organisasinya agar tetap relevan dalam menghadapi dinamika tantangan kesehatan di masa kini dan mendatang.

BAB IV

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

A. Rekrutmen Dan Penempatan Tenaga Kesehatan

Dalam dinamika pengelolaan sumber daya manusia sektor kesehatan, proses rekrutmen tenaga kesehatan merupakan tahap fundamental yang tidak hanya mencakup pencarian dan pemilihan calon yang kompeten, tetapi juga menuntut pendekatan strategis untuk memastikan kualitas profesional yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang kompleks dan terus berkembang; proses ini, sebagaimana dijelaskan oleh El-Tsana et al., harus mempertimbangkan tidak hanya kompetensi teknis calon, tetapi juga tantangan ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan, terutama di daerah yang minim fasilitas kesehatan, sehingga strategi rekrutmen harus dirumuskan secara sistematis agar menciptakan tenaga kesehatan yang tidak hanya memenuhi standar kualifikasi formal tetapi juga mampu bekerja secara efektif di lingkungan pelayanan yang beragam ¹¹⁴.



Selain aspek kualitas tenaga yang direkrut, penempatan tenaga kesehatan di lapangan, khususnya di daerah terpencil atau area yang selama ini mengalami kekurangan tenaga medis, merupakan tantangan tersendiri yang memerlukan perumusan kebijakan yang responsif terhadap kondisi geografis dan infrastruktur lokal, karena tanpa perencanaan penempatan yang matang tenaga medis yang sudah

¹¹⁴ Ashfiya Vi'aqila and El Tsana, "Riswandy Wasir 3) 1) 2210713009@mahasiswa.Upnvj.Ac.Id, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta 2) 2210713022@mahasiswa.Upnvj.Ac.Id, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta 3) Riswandywasir@upnvj.Ac.Id" 4, no. 6s (2024): 862–70.

direkrut cenderung berkonsentrasi di pusat kota atau fasilitas kesehatan yang sudah maju, sehingga upaya pemerataan akses pelayanan kesehatan masyarakat tidak tercapai secara menyeluruh¹¹⁵ dinamika ini menunjukkan bahwa selain rekrutmen berbasis kompetensi, penempatan strategis yang mempertimbangkan faktor sosial-ekonomi dan insentif kerja menjadi elemen penting dalam kebijakan manajemen tenaga kesehatan.

Dalam konteks operasional internal institusi kesehatan seperti rumah sakit, analisis mengenai praktik rekrutmen menunjukkan bahwa proses ini tidak jarang menghadapi kendala karena kurangnya acuan formal yang jelas atau dasar kebijakan yang terstandarisasi, sehingga pelaksanaan rekrutmen di beberapa fasilitas kesehatan masih bersifat ad hoc dan kurang terintegrasi dengan perencanaan jangka panjang yang optimal, sebagaimana ditunjukkan dalam studi kasus di Manado Medical Center yang menemukan bahwa mekanisme rekrutmen belum memiliki tolok ukur yang efektif untuk menyelaraskan kebutuhan organisasi dengan kebutuhan pasar tenaga kerja¹¹⁶ hal tersebut memperlihatkan perlunya kerangka kerja rekrutmen yang kuat dan berbasis data untuk mendukung pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan secara berkelanjutan.

Sejalan dengan itu, tinjauan literatur mengenai pengaruh proses rekrutmen dan seleksi pada kinerja karyawan di fasilitas pelayanan kesehatan menegaskan bahwa proses perekrutan yang efektif dan seleksi yang tepat tidak hanya berimplikasi pada penempatan yang akurat, tetapi juga berkaitan langsung dengan peningkatan kinerja tenaga kesehatan secara keseluruhan; kajian ini menunjukkan bahwa rumah sakit yang menerapkan rekrutmen seleksi berbasis kriteria yang jelas dan terpadu cenderung memiliki karyawan yang lebih produktif dan berkinerja tinggi, sehingga dapat meningkatkan layanan publik dan derajat kesehatan masyarakat¹¹⁷.

Tambahan pula, pengalaman implementasi kebijakan rekrutmen dan penempatan di berbagai negara berkembang menunjukkan bahwa tantangan seperti

¹¹⁵ Pomeo R. R. W and Winarti E, "Dinamika Implementasi Kebijakan Penempatan Tenaga Di Daerah Terpencil : Tantangan Dan Lapangan," *Jurnal Kesehatan Tambusai* 5 (2024): 2309–29.

¹¹⁶ Rivana M Bambuta et al., "Analisis Rekrutmen Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit Manado Medical Center," *Jurnal KESMAS* 8, no. 3 (2019): 102–10.

¹¹⁷ Yelli Eka Sumadhinata and Wulan Sari, "Pengaruh Proses Rekrutmen Dan Seleksi Terhadap Kinerja Karyawan Di Rumah Sakit Karisma Pamanukan (Studi Kasus Rumah Sakit Karisma Panakukan)," *JiIP - Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan* 6, no. 1 (2023): 649–55, <https://doi.org/10.54371/jiip.v6i1.1494>.

retensi tenaga kesehatan, mobilitas profesional, dan adaptasi terhadap kondisi kerja lokal sering kali memaksa pembuat kebijakan untuk mengintegrasikan kebijakan insentif material maupun non-material agar tenaga kesehatan tidak hanya dipanggil ke area yang membutuhkan, tetapi juga termotivasi untuk bertahan serta berkembang di lokasi tersebut; kajian global mengenai motivasi dan retensi tenaga kesehatan menegaskan bahwa kombinasi insentif finansial dan lingkungan kerja yang mendukung adalah kunci untuk mempertahankan tenaga kesehatan di wilayah yang sulit dijangkau, sekaligus memastikan keberlanjutan pelayanan yang berkualitas.

B. Pengembangan Kompetensi Dan Pelatihan Berkelanjutan

Dalam konteks layanan kesehatan yang terus berubah dan semakin kompleks, pengembangan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan menjadi suatu kebutuhan strategis yang tidak sekadar memenuhi standar formal tetapi juga memperkuat kapasitas praktis profesional agar mampu menanggapi dinamika tugas dan fungsi di lingkungan kerja, karena pelatihan yang terencana secara sistematis mendukung proses peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja yang diperlukan untuk menghadapi tantangan operasional serta inovasi layanan kesehatan yang terus berkembang di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun lanjutan¹¹⁸.

Pengembangan kompetensi yang berkelanjutan tidak hanya bersifat teknis tetapi juga mencakup pembaruan dan perluasan pengetahuan profesional melalui rangkaian kegiatan pelatihan praktik dan pembelajaran pengalaman kerja yang dirancang untuk mempertahankan serta meningkatkan kemampuan klinis tenaga kesehatan di lapangan, karena penelitian tentang peningkatan keterampilan perawat di puskesmas menunjukkan bahwa pendekatan pelatihan berbasis praktik dan pendampingan lapangan secara signifikan dapat mengubah perilaku dan

¹¹⁸ Ministry of Health of Republic of Indonesia, "Guidelines for Training and Other Competency Improvement in the Health Sector.," *Ministry of Health of Republic of Indonesia*, 2023, 1–24, https://ditmutunakes.kemkes.go.id/assets/images/panduan/695368_pedoman-pelatihan-dan-peningkatan-kompetensi-bidang-kesehatan_20240226151838.pdf.

kompetensi profesional dari sekadar teori menjadi kemampuan nyata yang terukur dalam konteks pelayanan kesehatan primer.



Selaras dengan itu, hubungan antara pendidikan berkelanjutan dan kompetensi perawat di fasilitas layanan kesehatan juga dipahami sebagai proses seumur hidup di mana tenaga profesional perlu terus memperbaharui kapasitasnya untuk bisa mempertahankan sekaligus meningkatkan standar pelayanan yang dituntut oleh perkembangan ilmu kesehatan dan perubahan kebutuhan populasi, sehingga pendidikan berkelanjutan menjadi kerangka kerja yang esensial untuk memelihara profesionalisme sesuai standar kompetensi yang berlaku serta berkontribusi terhadap kualitas keseluruhan pelayanan kesehatan¹¹⁹

Lebih jauh lagi, strategi pengembangan kompetensi yang efektif dalam sektor kesehatan juga mencakup integrasi metode pelatihan berbasis simulasi dan pembelajaran terintegrasi yang dirancang untuk menyelaraskan kebutuhan pembelajaran dengan kompetensi kerja yang nyata, di mana kerangka kerja kompetensi yang dikembangkan melalui pelatihan simulasi membantu menciptakan pengalaman belajar yang aman dan realistis sekaligus mendorong

¹¹⁹ Herri Novita Tarigan and Anita Theresia Lumban Gaol, "Hubungan Pendidikan Berkelanjutan Dengan Kompetensi Perawat," *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)* 1, no. 2 (2019): 7–12, <https://doi.org/10.35451/jkf.v1i2.139>.

evaluasi berkelanjutan atas kemampuan profesional yang relevan dengan praktik klinis di lapangan¹²⁰.

Selain itu, pelatihan berkelanjutan yang memanfaatkan pendekatan teknologi informasi seperti e-learning dan platform pembelajaran daring terbukti menjadi alternatif pelatihan yang mampu menjangkau tenaga kesehatan lebih luas serta mendukung pemeliharaan kompetensi profesional yang adaptif dan responsif terhadap perubahan konteks kerja dan permintaan layanan kesehatan modern, terutama di era digitalisasi di mana akses terhadap sumber belajar dan materi kompetensi terus berubah seiring perkembangan teknologi informasi yang dipergunakan dalam penyelenggaraan pendidikan profesional berkelanjutan¹²¹.

Terakhir, konsepsi pengembangan kompetensi tidak bisa dilepaskan dari paradigma pembelajaran sepanjang hayat di mana tenaga kesehatan dituntut tidak hanya mengikuti pelatihan formal tetapi juga menumbuhkan budaya belajar yang berkelanjutan di seluruh jenjang profesi, karena pendekatan ini memperkuat komitmen pembelajaran mandiri dan kolaboratif yang pada akhirnya meningkatkan efektivitas pelayanan serta keberlanjutan karier profesional di sektor kesehatan yang dinamis dan menuntut inovasi berkesinambungan.

Dalam upaya memaksimalkan efektivitas pengembangan kompetensi tenaga kesehatan, integrasi berbagai model pelatihan dan pembelajaran profesional berkelanjutan yang mencakup seminar, workshop, konferensi ilmiah, serta kegiatan ilmiah terstruktur lainnya terbukti memberi kontribusi signifikan terhadap penguatan kapasitas praktis sekaligus pengembangan karier profesional, karena pendekatan multistrategi ini memungkinkan tenaga kesehatan memperoleh beragam pengalaman belajar yang relevan dan kontekstual dengan tuntutan layanan kesehatan modern, meskipun di lapangan masih terdapat hambatan seperti keterbatasan akses teknologi dan sumber daya yang memadai untuk semua profesional yang terlibat.

¹²⁰ Uroš Zafošnik et al., "Developing a Competency Framework for Training with Simulations in Healthcare: A Qualitative Study," *BMC Medical Education* 24, no. 1 (2024): 1–9, <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05139-1>.

¹²¹ Yayan Hardiansah and Akhmad Fanani, "Efektivitas Program Pendidikan Berkelanjutan : Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Perawat Effectiveness of Continuous Education Program : Improving the Quality of Health Care for Nurses" 11, no. 2 (2024): 165–75.

Pengaruh pelatihan terhadap kompetensi tenaga kesehatan juga tercermin dalam berbagai penelitian empiris yang menunjukkan bahwa pendidikan dan pelatihan secara langsung meningkatkan kompetensi profesional dan kualitas pelayanan, seperti penelitian di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menemukan bahwa program pendidikan dan pelatihan signifikan berpengaruh terhadap kemampuan kerja tenaga kesehatan, mendukung asumsi bahwa sumber daya manusia yang mengikuti pelatihan berkesinambungan cenderung memiliki keterampilan yang lebih baik dan kesiapan menghadapi tantangan klinis yang kompleks¹²².

Selain itu, bukti dari studi tinjauan literatur menunjukkan bahwa peran pelatihan dan pengembangan kompetensi tidak hanya sekadar meningkatkan keterampilan teknis individu, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kinerja organisasi secara keseluruhan, karena pelatihan yang dilakukan secara berkala membuat tenaga kesehatan lebih adaptif terhadap perubahan prosedur operasional dan inovasi praktik klinis, sekaligus menjadi strategi penting untuk mengatasi kendala struktural dan manajerial yang selama ini menjadi hambatan peningkatan mutu layanan di fasilitas Kesehatan.

Konsep *continuing professional development* (CPD) juga menunjukkan peran strategis dalam menjaga relevansi kompetensi tenaga kesehatan terhadap kebutuhan pasien dan standar pelayanan terkini, di mana CPD tidak hanya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tetapi juga memperluas pemahaman terhadap praktik berbasis bukti serta memungkinkan tenaga kesehatan memanfaatkan teknologi digital sebagai bagian dari strategi pembelajaran modern, yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan dan responsivitas terhadap perubahan kebutuhan sistem kesehatan¹²³.

Upaya penguatan kompetensi tenaga kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh kualitas manajemen pelatihan, termasuk perencanaan kebutuhan pelatihan, analisis kesenjangan kompetensi, dan evaluasi hasil pembelajaran yang dilakukan secara sistematis untuk memastikan bahwa pelatihan tidak sekadar dilaksanakan sebagai

¹²² Endah Wening Budiningrum et al., "ALBAMA: Jurnal Bisnis Administrasi Dan Manajemen," *ALBAMA: Jurnal Bisnis Administrasi Dan Manajemen* 15, no. 1 (2022): 64–73, <http://jurnal.amayogyakarta.ac.id/index.php/albama>.

¹²³ Ria Desita Natalia et al., "IMPROVING NURSE COMPETENCE IN THE DIGITAL ERA : LITERATURE" 7, no. 1 (2025): 1067–86.

formalitas, tetapi benar-benar menghasilkan perubahan perilaku kerja dan peningkatan profesionalisme, sebagaimana terlihat pada berbagai penelitian yang menyoroti pentingnya penyelarasan kurikulum pelatihan dengan kebutuhan organisasi dan kebutuhan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan yang berkembang cepat.

B. Motivasi Dan Kepuasan Kerja Tenaga Kesehatan

Dalam kajian manajemen sumber daya manusia di sektor kesehatan, motivasi kerja tenaga kesehatan dipahami sebagai suatu proses psikologis yang mempengaruhi arah, intensitas, dan ketekunan perilaku kerja sehingga tenaga kesehatan mau memberikan kinerja terbaiknya di tengah tuntutan profesional yang tinggi, dan penelitian empiris menunjukkan bahwa motivasi tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik seperti penghargaan, insentif, dan lingkungan kerja, yang kesemuanya berdampak terhadap tingkat kepuasan kerja secara keseluruhan, bahkan di tengah kondisi krisis seperti pandemi COVID-19 di mana aspek kepuasan diperkuat oleh faktor lingkungan dan kepemimpinan¹²⁴.

Motivasi kerja juga berperan sebagai determinan penting dalam memperoleh kepuasan kerja tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan primer, seperti puskesmas, di mana aspek motivasi dipicu oleh insentif nonmoneter dan penghargaan sosial yang kemudian memengaruhi perasaan profesionalisme dan rasa memiliki terhadap pekerjaannya, yang dalam banyak studi digambarkan sebagai faktor yang berkontribusi besar pada keputusan tenaga kesehatan untuk tetap bertahan di organisasi mereka serta mempertahankan kinerja yang optimal.

Hubungan antara motivasi dan kepuasan kerja juga telah dipelajari dalam berbagai konteks rumah sakit, di mana motivasi dipandang tidak hanya sekadar dorongan individu untuk bekerja keras dengan persepsi terhadap lingkungan kerja dan kompensasi yang diterima, yang selanjutnya menentukan tingkat kepuasan kerja mereka berpengaruh positif terhadap kepuasan kerja walaupun variasi

¹²⁴ Arif Fatah Hidayat and Tri Siwi Agustina, "Studying Healthcare Workers' Satisfaction During COVID-19 Pandemic Using Factor Analysis," *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan* 10, no. 1 (2021): 1138–51, <https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.718>.

kontribusinya bisa dipengaruhi oleh variabel lain seperti budaya organisasi dan kesejahteraan karyawan¹²⁵.

Lebih jauh lagi, studi yang dilakukan di Puskesmas Padang Bulan menunjukkan bahwa motivasi dan kepuasan kerja tenaga kesehatan terkait erat dengan persepsi individu terhadap dukungan organisasi serta kondisi kerja sehari-hari, sehingga analisis motivasi tidak hanya menilai faktor materi tetapi juga aspek pengakuan profesional dan hubungan kerja interpersonal yang berkontribusi pada kepuasan kerja secara keseluruhan¹²⁶.

Dalam konteks puskesmas di wilayah tertentu, penelitian empiris menunjukkan bahwa motivasi kerja tenaga kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh kompensasi finansial tetapi juga oleh perhatian organisasi terhadap prestasi dan perkembangan karier, yang pada akhirnya menentukan tingkat kepuasan kerja; ini menggambarkan bahwa motivasi bukan sekadar dorongan internal tetapi juga produk dari interaksi faktor manajerial dan individu yang kemudian memengaruhi kepuasan kerja.

Kajian tambahan pada kelompok perawat dan bidan menunjukkan bahwa kesejahteraan dan motivasi kerja bersama-sama memiliki hubungan dengan kepuasan kerja meskipun dalam beberapa kasus motivasi individu mungkin tidak selalu menunjukkan pengaruh statistik yang signifikan terhadap kepuasan kerja, yang menegaskan kompleksitas hubungan antara motivasi, kondisi kerja, dan kepuasan profesional di lingkungan rumah sakit umum.

Selain itu, dinamika kerja di institusi kesehatan menunjukkan bahwa motivasi kerja juga memengaruhi dimensi lain seperti pengelolaan stres, intensitas kerja, dan kerja sama tim, yang pada gilirannya berkorelasi dengan tingkat kepuasan kerja dalam jangka panjang, terutama bila organisasi mampu menciptakan lingkungan kerja yang mendukung serta memberikan kesempatan pengembangan profesional berkelanjutan.

¹²⁵ Malva Bonnie Almira Afandi, Asri Rejeki, and Idha Rahayuningsih, "Pengaruh Motivasi Kerja Terhadap Kepuasan Kerja Pada Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit X Malva Bonnie Almira Afandi, Asri Rejeki 2, Idha Rahayuningsih 3 Universitas Muhammadiyah Gresik," *Psikosains* 16, no. 2 (2021): 99–106.

¹²⁶ Indah Doanita Hasibuan et al., "Motivasi Dan Kepuasan Kerja Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Padang Bulan Kota Medan," *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida* 11, no. 1 (2024): 37–48, <https://doi.org/10.55500/jikr.v11i1.216>.

Faktor-faktor struktural seperti kepemimpinan transformasional dan keseimbangan kerja-kehidupan juga memainkan peran dalam menciptakan motivasi yang stabil yang kemudian turut menentukan kepuasan kerja tenaga kesehatan, sehingga dalam banyak model manajemen SDM yang efektif, motivasi dan kepuasan kerja dimasukkan sebagai indikator utama yang saling memperkuat untuk meningkatkan retensi, kualitas layanan, serta komitmen kerja tenaga kesehatan¹²⁷.

Dalam kerangka global, motivasi dan kepuasan kerja tenaga kesehatan dapat dilihat sebagai konstruk multifasetik di mana motivasi mempengaruhi persepsi profesional tentang kesejahteraan kerja dan kepuasan, dan kepuasan kerja kemudian berdampak pada retensi serta niat bertahan tenaga kesehatan dalam organisasi, sehingga intervensi manajerial yang mampu meningkatkan kedua aspek ini secara simultan akan memberikan dampak positif pada efektivitas pelayanan kesehatan dan kualitas layanan.

Terakhir, penelitian lintas negara menunjukkan bahwa perbaikan kesempatan pelatihan, penghargaan terhadap kinerja, serta pengembangan jalur karier menjadi strategi penting untuk meningkatkan motivasi kerja, yang pada akhirnya menguatkan kepuasan kerja tenaga kesehatan, menegaskan bahwa hubungan antara motivasi dan kepuasan kerja merupakan elemen kunci dalam merancang kebijakan SDM kesehatan yang efektif untuk menghadapi tantangan demografis dan epidemiologi yang terus berubah¹²⁸.

Motivasi dan kepuasan kerja tenaga kesehatan merupakan elemen fundamental dalam menjaga stabilitas dan kualitas sistem pelayanan kesehatan, karena tenaga kesehatan berperan sebagai garda terdepan dalam memastikan bahwa proses pelayanan berjalan sesuai standar profesional dan etika klinis. Dalam konteks organisasi kesehatan, motivasi tenaga medis sangat dipengaruhi oleh kebutuhan psikologis, fisiologis, dan sosial yang terpenuhi melalui penghargaan, keamanan kerja, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, dan hubungan interpersonal yang konstruktif. Oleh karena itu, institusi pelayanan kesehatan harus mampu

¹²⁷ Fadhila Khairani Husna et al., “Determinasi Kepuasan Kerja Tenaga Kesehatan : Peran Work Life Pendahuluan” 03, no. 03 (2025): 128–35.

¹²⁸ David H. Peters et al., “Job Satisfaction and Motivation of Health Workers in Public and Private Sectors: Cross-Sectional Analysis from Two Indian States,” *Human Resources for Health* 8 (2010): 1–11, <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-27>.

membangun lingkungan kerja yang tidak hanya fungsional tetapi juga mampu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan intrinsik dan ekstrinsik tenaga kesehatan.

Selain itu, kepuasan kerja dalam sektor kesehatan sangat erat kaitannya dengan persepsi tenaga kesehatan terhadap keadilan organisasi, transparansi prosedural, serta kejelasan sistem promosi yang diterapkan. Penerapan kebijakan manajemen SDM yang tidak konsisten sering kali menyebabkan ketidakpuasan yang berdampak pada penurunan produktivitas, burnout, dan peningkatan turnover tenaga kesehatan, terutama di fasilitas kesehatan tingkat primer dan daerah terpencil¹²⁹. Tenaga kesehatan yang merasa memiliki prospek karier yang tidak jelas cenderung kehilangan komitmen organisasi, sehingga institusi kesehatan perlu menyediakan jalur karier yang terstruktur dan terukur.

C. Penilaian Kinerja Dan Pengelolaan Konflik Di Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja organisasi modern sering menghadapi tantangan berupa konflik internal dan kebutuhan akan penilaian kinerja yang adaptif serta responsif terhadap dinamika tim, karena konflik kerja yang tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan ketidakpuasan dan bahkan memengaruhi produktivitas serta kualitas output organisasi secara keseluruhan, sehingga pendekatan manajemen kinerja yang komprehensif diperlukan untuk menangkap baik aspek kuantitatif maupun kualitatif dari kontribusi individu dan tim. Dalam banyak penelitian manajemen konflik di lingkungan kerja ditemukan bahwa konflik kerja memiliki efek negatif terhadap kinerja pegawai jika tidak ditangani secara tepat, sementara motivasi kerja memegang peranan sebagai variabel penyangga terhadap pengaruh tersebut¹³⁰.

Pengembangan sistem penilaian kinerja yang komprehensif harus memperhatikan dimensi kuantitatif dan kualitatif termasuk kompetensi, perilaku kerja, solidaritas tim, serta kemampuan menyelesaikan konflik, karena sistem yang hanya memfokuskan pada target angka sering kali mengabaikan aspek keterampilan interpersonal dan adaptasi terhadap perubahan lingkungan kerja.

Selain itu, penilaian kinerja yang responsif terhadap dinamika konflik akan membantu organisasi mendeteksi area di mana konflik cenderung berkembang dan

¹²⁹ I A B Tef and I A B Tef, "Full-Circle Learning," n.d.

¹³⁰ Wening Budiningrum et al., "ALBAMA J. Bisnis Adm. Dan Manaj."

merancang intervensi pelatihan konflik yang spesifik, seperti pelatihan komunikasi efektif, manajemen stres, dan resolusi konflik, sehingga kapasitas tenaga kerja meningkat secara holistik.

Penelitian di ruang perawat RSUD Kinapit Kotamobagu juga menunjukkan bahwa konflik kerja tidak selalu berdampak signifikan terhadap kinerja perawat, sementara variabel stres kerja memiliki pengaruh yang signifikan, menegaskan bahwa hubungan antara konflik dan kinerja tidak selalu linear tetapi membutuhkan pendekatan kontekstual sesuai karakteristik unit kerja masing-masing¹³¹

Lingkungan kerja yang mendukung penyelesaian konflik secara produktif umumnya ditandai oleh adanya prosedur formal untuk pengaduan dan mediasi, serta mekanisme umpan balik dua arah antara pimpinan dan staf, yang pada akhirnya memperkuat rasa keadilan organisasi dan meningkatkan kepuasan kerja secara menyeluruh.

Penilaian kinerja yang adil juga berkaitan dengan persepsi keadilan distributif dan prosedural di antara tenaga kerja, yaitu keyakinan bahwa penghargaan dan evaluasi dilakukan secara transparan, konsisten, dan berdasarkan bukti obyektif, yang dapat mengurangi konflik interpersonal yang mungkin timbul akibat kecemburuan atau persepsi diskriminatif dalam lingkungan kerja.

Pengaruh manajemen konflik terhadap kinerja juga terlihat dalam konteks non-kesehatan, di mana konflik yang tidak terselesaikan menurunkan produktivitas dan peningkatan kesalahan kerja; oleh karena itu, keterampilan menyelesaikan konflik menjadi bagian penting dari kompetensi profesional yang dinilai melalui penilaian kinerja.

Manajemen konflik yang efektif sangat dipengaruhi oleh peran pemimpin dalam menetapkan norma komunikasi dan penyelesaian sengketa, karena pemimpin yang memahami teknik mediasi dan negosiasi dapat membantu menurunkan tingkat ketegangan sekaligus meningkatkan keterlibatan kerja anggota tim dalam mencapai tujuan bersama. Studi lain menunjukkan bahwa konflik yang ditangani dengan baik dapat memunculkan kreativitas dan solusi inovatif yang

¹³¹ Amelia Rifandini et al., "Systematical Literature Review: Pengaruh Manajemen Konflik Terhadap Kinerja Perawat Di Rumah Sakit," *Jurnal Manajemen Kesehatan Dan Keperawatan* 2, no. 2 (2025): 75–83, <https://doi.org/10.35968/a2229r37>.

Penggunaan pendekatan 360-degree feedback dalam penilaian kinerja dapat membantu organisasi memperoleh gambaran lebih lengkap mengenai kontribusi individu dan area konflik potensial karena melibatkan umpan balik dari atasan, rekan sejawat, bawahan, dan stakeholder lain.

Selain itu, organisasi perlu membangun budaya kerja yang menghargai perbedaan pendapat dan diskusi terbuka agar konflik tidak terpendam tetapi diselesaikan secara konstruktif dalam forum yang mendukung pertumbuhan kolektif. Hubungan antara stres kerja, konflik, dan kinerja menunjukkan bahwa upaya mengurangi stres melalui kebijakan work-life balance dapat turut mengurangi konflik yang timbul dari beban kerja berlebih, sehingga peningkatan kesejahteraan karyawan berkorelasi dengan peningkatan kinerja organisasi.

Konflik peran dan wewenang pekerjaan sering menjadi sumber ketidakpuasan jika batasan tanggung jawab tidak jelas, tetapi ketika organisasi mampu mengelola konflik peran melalui distribusi tugas yang adil serta komunikasi transparan, hasil penelitian menunjukkan bahwa hal itu dapat meningkatkan kepuasan kerja secara signifikan meskipun kondisi sosial sulit¹³⁶.

Selain faktor struktural, gaya manajemen konflik individu dan kelompok juga memegang peranan penting dalam menentukan tingkat kepuasan karyawan dan tenaga kesehatan; penelitian di RSUD Pasar Minggu menunjukkan bahwa gaya kolaborasi dan akomodasi berkorelasi positif dengan kepuasan kerja perawat, sedangkan gaya menghindar dan kompetisi tidak menunjukkan hubungan signifikan, yang menggambarkan kompleksitas strategi konflik dan pengaruhnya terhadap kesejahteraan psikologis tenaga kerja¹³⁷.

Perselisihan berhubungan erat dengan perasaan manusia seperti perasaan tertekan, diabaikan, tidak dihargai yang memicu sebuah amarah serta mempengaruhi individu dalam melaksanakan kegiatannya dan dapat menurunkan produktivitas kerja. Konflik yang tidak dapat dihindari sebaiknya dapat dikelola dengan efektif sebagai upaya penyelesaian dengan memperhatikan individu yang

¹³⁶ Atikah Mutiara Rashida, "Konflik Peran Dan Wewenang Pekerjaan Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Pada PT. Hanil Indonesia," *Dinamika: Jurnal Manajemen Sosial Ekonomi* 1, no. 1 (2021): 97–109, <https://doi.org/10.51903/dinamika.v1i1.237>.

¹³⁷ Diya Alvionita, "Hubungan Gaya Manajemen Konflik Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Pasar Minggu," *Repository Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta*, 2023, 2.

berbeda dan gaya pemecahan konflik yang berbeda Hal ini menyebabkan diperlukannya manajemen konflik yang baik sehingga berdampak positif dan konstruktif.

strategi manajemen konflik dan kepuasan kerja perlu dilakukan pengembangan dengan menggunakan desain penelitian yang lebih baik atau menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan gaya manajemen konflik dan kepuasan kerja. Gaya manajemen konflik yang baik akan memperbesar peluang perawat mencapai kepuasan dalam melakukan pekerjaan. Pengadaan seminar terkait aplikasi gaya manajemen konflik dapat diberikan sehingga akan lebih banyak perawat yang mencapai kepuasan dalam bekerja. Penelitian, namun gaya kompetisi dan menghindari tidak memiliki pengaruh pada kepuasan kerja. Kemampuan manajemen konflik secara keseluruhan pada penelitian ini diketahui kurang baik.

Selain itu, penelitian empiris memperlihatkan bahwa konflik kerja yang tidak ditangani secara adekuat dapat menurunkan kinerja karyawan secara signifikan karena meningkatnya tekanan psikologis dan gangguan komunikasi antar unit kerja, sehingga organisasi perlu menerapkan sistem penilaian kinerja yang sensitif terhadap indikator konflik agar perubahan dinamika interpersonal dapat terdeteksi dan ditangani secara proaktif¹³⁸.

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa konflik kerja secara signifikan mempengaruhi kinerja pegawai pada instansi pemerintahan, di mana konflik yang dikelola dengan baik melalui mekanisme resolusi konflik dan komunikasi yang terbuka dapat membantu mempertahankan kinerja dalam kondisi tekanan kerja tinggi, menunjukkan bahwa hubungan antara konflik dan kinerja tidak selamanya bersifat destruktif apabila ada intervensi penilaian yang tepat¹³⁹.

Dalam ranah hubungan antara konflik peran dan kinerja karyawan, penelitian di lingkungan usaha menunjukkan bahwa konflik peran tidak selalu berdampak negatif, namun variabel budaya organisasi dan wewenang karyawan juga berperan dalam menentukan performa kerja sehingga penilaian kinerja perlu memasukkan aspek konflik peran dan kepemimpinan dalam kerangka evaluasi.

¹³⁸ Linda Hariyani et al., "PT. Media Akademik Publisher PENGARUH KONFLIK KERJA DAN STRES KERJA TERHADAP KINERJA KARYAWAN," *Jma* 2, no. 11 (2024): 3031–5220.

¹³⁹ Sekolah Tinggi et al., "Vol.2,+No.3+September+2023+hal+85-100" 2, no. 3 (2023).

Strategi manajemen konflik yang diterapkan dengan pendekatan kolaboratif bukan hanya menekan dampak negatif konflik terhadap produktivitas tetapi juga dapat menjadi sarana untuk meningkatkan kinerja tim melalui peningkatan kerja sama, penyesuaian metode kerja, dan integrasi ide anggota tim, sehingga penilaian kinerja dapat menjadi alat reflektif untuk memperbaiki proses manajemen konflik.

Kajian tentang pengaruh konflik kerja terhadap motivasi pegawai juga menunjukkan bahwa konflik yang dihadapi secara bijak dapat meningkatkan motivasi kerja, yang selanjutnya berdampak positif terhadap kinerja individu maupun organisasi, sehingga sistem penilaian kinerja yang mampu menangkap hubungan antara motivasi dan konflik akan memberi gambaran kinerja yang lebih holistic. Di samping itu, penelitian literatur mengenai konflik dan stres kerja menemukan bahwa kedua faktor tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap kinerja karyawan tetapi saling terkait satu sama lain melalui variabel mediasi yang kompleks; oleh karena itu, penilaian kinerja harus mempertimbangkan konflik kerja dalam konteks keseimbangan psikologis karyawan agar hasil evaluasi lebih akurat mencerminkan realitas kerja.

Beberapa literatur manajemen konflik secara teoritis menjelaskan bahwa konflik intrapersonal dan interpersonal dapat dilihat sebagai fenomena yang harus dimanfaatkan untuk memperbaiki proses kerja dan inovasi organisasi, sehingga penilaian kinerja yang hanya fokus pada hasil kuantitatif tanpa mempertimbangkan dinamika konflik akan kehilangan dimensi penting dalam menilai kontribusi nyata tenaga kerja¹⁴⁰.

Di beberapa organisasi, misalnya di sektor layanan publik, konflik kerja yang dikelola dengan baik justru dapat meningkatkan komitmen organisasi dan kinerja pegawai, terutama ketika peran manajemen konflik diintegrasikan dalam sistem evaluasi kinerja yang melibatkan umpan balik dua arah dan mekanisme mediasi formal.

Perkembangan terbaru dalam riset manajemen konflik dan penilaian kinerja menunjukkan bahwa penggabungan dimensi konflik dalam indikator kinerja dapat membantu organisasi mengantisipasi isu hubungan kerja yang berdampak pada

¹⁴⁰ Abdur Rozaq et al., "Urgensi Manajemen Konflik Dalam Meningkatkan Kinerja Organisasi," *Karakter: Jurnal Riset Ilmu Pendidikan Islam* 1, no. 4 (2024): 228–35, <https://doi.org/10.61132/karakter.v1i4.232>.

produktivitas tim, terutama apabila organisasi menggunakan pendekatan 360-degree feedback yang mendorong keterlibatan semua pemangku kepentingan dalam evaluasi kinerja.

Akhirnya, sistem penilaian kinerja yang efektif dalam konteks konflik kerja akan mampu mengidentifikasi faktor pemicu konflik, memberikan rekomendasi intervensi pembelajaran, dan memfasilitasi perbaikan proses kerja yang berkelanjutan, sehingga kinerja tenaga kerja mencerminkan tidak hanya keberhasilan individual tetapi juga kemampuan organisasi dalam menjaga keharmonisan kerja. Ini mempertegas bahwa konflik bukan hanya ancaman tetapi juga potensi sumber perubahan positif jika dikelola sebagai bagian integral dari penilaian kinerja¹⁴¹.

¹⁴¹ Fauzan Azhima, Nur Khotima, Syafitri Halawa, Sylvi Marsella Utara Azwardi, "Strategi Manajemen Konflik Di Tempat Kerja Untuk Meningkatkan Kinerja Tim," *Jurnal Pendidikan Tambusai* 8 nomor 3 (2024): 50876–79.

BAB V

MANAJEMEN KEUANGAN DAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pendahuluan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang sangat penting dalam penyelenggaraan sistem kesehatan karena mencakup proses pengumpulan, pengalokasian, dan penggunaan dana untuk mendukung seluruh kegiatan pelayanan kesehatan. Pembiayaan tidak hanya berkaitan dengan pembayaran langsung oleh masyarakat, tetapi juga menyangkut penyediaan infrastruktur, tenaga kesehatan, obat, bahan medis, dan biaya operasional yang memungkinkan layanan tetap berjalan. Dalam sistem pembiayaan, terdapat komponen utama berupa penggalangan dana, pengelompokan dana, serta mekanisme pembelian pelayanan. Ketiganya menentukan bagaimana layanan kesehatan dapat disediakan secara berkelanjutan, merata, serta sesuai kebutuhan masyarakat. Melalui pengaturan pembiayaan yang baik, akses layanan dapat diperluas dan hambatan biaya bagi masyarakat dapat dikurangi.¹⁴²

Di sisi lain, pembiayaan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari prinsip-prinsip ekonomi kesehatan. Keterbatasan sumber daya menuntut adanya prioritas dan pertimbangan efisiensi dalam setiap keputusan pembiayaan. Kesehatan dipandang sebagai barang ekonomi yang memiliki nilai dan memerlukan alokasi sumber daya yang rasional agar pelayanan dapat berlangsung optimal. Setiap keputusan penggunaan dana selalu melibatkan pertukaran pilihan dan biaya peluang, sehingga sistem pembiayaan harus dirancang untuk memastikan keadilan distribusi, efisiensi penggunaan dana, serta keberlanjutan layanan kesehatan. Dengan demikian, pembiayaan kesehatan berperan sebagai fondasi penting dalam memastikan sistem kesehatan berjalan efektif, responsif, dan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat.¹⁴³

¹⁴² Aprilla Triastuti, *Konsep sistem pembiayaan* (Yogyakarta, 2022).

¹⁴³ Haerawati Idris, *Ekonomi & pembiayaan Kesehatan* (Palembang, 2021).

A. Sumber Pembiayaan dalam Sektor Kesehatan

Pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber yang berperan dalam menjamin tersedianya layanan kesehatan yang berkesinambungan. Keragaman sumber dana ini penting karena kebutuhan pembiayaan layanan sangat luas, sehingga diperlukan dukungan dari pemerintah, asuransi, masyarakat, maupun sektor swasta. Pemahaman terhadap struktur pembiayaan membantu memastikan layanan dapat berjalan efektif, adil, dan sesuai kebutuhan masyarakat.



a. Klasifikasi Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi pendanaan publik, kontribusi masyarakat, serta dukungan donor atau swasta. Pendanaan publik berasal dari anggaran pemerintah, baik pusat maupun daerah, yang dialokasikan melalui APBN/APBD untuk mendukung layanan kesehatan dasar, program promotif–preventif, serta pembiayaan fasilitas kesehatan. Referensi jurnal menekankan bahwa pendanaan publik berperan menjaga ketersediaan layanan esensial, terutama bagi kelompok rentan. Sementara itu, kontribusi masyarakat mencakup premi asuransi baik asuransi sosial maupun swasta serta pembayaran langsung (out-of-pocket) ketika mengakses layanan. Mekanisme asuransi dianggap mampu mempermudah pemerataan risiko dan mengurangi beban biaya individu saat

sakit. Sebaliknya, pembayaran langsung masih banyak terjadi di beberapa daerah dan berpotensi menimbulkan risiko finansial pada rumah tangga.¹⁴⁴

Selain dua sumber utama tersebut, pembiayaan kesehatan juga diperkuat oleh dana donor, hibah, dan dukungan lembaga non-pemerintah yang biasanya digunakan untuk program tertentu seperti peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, intervensi penyakit menular, atau penguatan sistem kesehatan. Referensi buku menjelaskan bahwa kombinasi beberapa sumber dana ini membentuk *mix-financing* yang penting untuk menjaga keberlanjutan dan stabilitas sistem kesehatan. Keberagaman sumber pembiayaan memungkinkan layanan kesehatan tetap berjalan meskipun satu jenis pendanaan mengalami keterbatasan, serta mendukung tercapainya tujuan pemerataan, efisiensi, dan akses layanan kesehatan yang lebih luas.¹⁴⁵

b. Karakteristik Tiap Sumber

Pembiayaan publik (anggaran pemerintah pusat/daerah) memiliki karakteristik pendanaan yang relatif bersifat stabil dan diarahkan untuk layanan dasar, program promotif-preventif, serta pembiayaan infrastruktur kesehatan; alokasi dari APBN/APBD penting untuk menjamin akses kelompok rentan namun seringkali terbatas sehingga perlu prioritas dan pengawasan untuk mencegah alokasi yang tidak tepat sasaran. Mekanisme pembiayaan melalui skema asuransi sosial/organisasi (misalnya sistem jaminan kesehatan nasional) menonjolkan fungsi pooling risiko dan pembelian layanan (kapitasi untuk layanan primer, case-based payment untuk layanan rawat inap), yang dapat meningkatkan akses dan melindungi risiko finansial rumah tangga namun menghadapi tantangan keberlanjutan finansial, defisit iuran, serta kebutuhan penguatan tata kelola klaim dan kepatuhan peserta.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Febri Endra Budi Setyawan, “Sistem pembiayaan kesehatan,” 2010.

¹⁴⁵ Aditya Wardhana Ahmad Jayadie, Parmi, *PEMBIAYAAN KESEHATAN*, ed. oleh Hairil Akbar (Bandung, 2023).

¹⁴⁶ Erna Setijanigrum Frita Ayu Pribadi, “Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta di Indonesia Analysis of Health Financing Principles in Supporting Universal Health Coverage in Indonesia” 15, no. c (2023): 60–78, <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>.

Pembiayaan yang berasal langsung dari masyarakat (out-of-pocket) mempunyai karakteristik pembayaran saat layanan dipakai: mudah diimplementasikan tetapi rentan menimbulkan beban finansial tinggi atau pengeluaran katastrofik bagi keluarga, sehingga mengurangi pemerataan akses bila proporsinya besar. Sumber tambahan seperti donor, hibah, dan kontribusi swasta umumnya bersifat bersyarat dan temporer efektif untuk program khusus atau pendanaan inovasi tetapi kurang dapat diandalkan untuk pembiayaan rutin jangka panjang. Karena itu, kombinasi (mix-financing) yang seimbang diperlukan untuk menutup celah pendanaan, namun komposisi ideal tiap sumber sangat bergantung pada konteks lokal, kapasitas pengelolaan, dan kebijakan fiskal daerah/negara.¹⁴⁷

c. Implikasi Kebijakan

Pembiayaan kesehatan yang melibatkan kombinasi dana pemerintah dan partisipasi sektor non-pemerintah membawa implikasi kebijakan yang signifikan terhadap keadilan, ketersediaan, dan keberlanjutan layanan. Pembiayaan publik yang kuat diperlukan untuk menjamin akses layanan kesehatan dasar secara merata, terutama bagi masyarakat berpenghasilan rendah, sehingga hambatan biaya dapat diminimalkan dan derajat kesehatan masyarakat dapat meningkat secara keseluruhan. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan harus memastikan alokasi anggaran kesehatan yang memadai, terencana, dan tepat sasaran agar pelayanan promotif, preventif, hingga kuratif dapat berjalan optimal. Sementara itu, keterlibatan sektor swasta atau pendanaan non-pemerintah dapat memperkuat kapasitas sistem kesehatan melalui tambahan sumber daya, inovasi layanan, serta dukungan terhadap keberlangsungan program, sepanjang diatur dalam kerangka kebijakan yang jelas.¹⁴⁸

Di sisi lain, struktur pembiayaan yang tidak seimbang berpotensi menimbulkan risiko bagi akses dan pemerataan. Ketika pendanaan publik terbatas atau tidak terdistribusi dengan baik, kualitas layanan dapat menurun

¹⁴⁷ Shita Dewi, “Pemanfaatan Pembiayaan Dalam Sistem Kesehatan Di Indonesia” 06 (2017).

¹⁴⁸ Amelia Putri, “Tantangan Dan Peluang Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia” 1, no. 6 (2023): 893–901.

dan wilayah tertentu lebih rentan mengalami kesenjangan pelayanan. Sebaliknya, dominasi pembiayaan swasta atau kontribusi langsung masyarakat tanpa regulasi yang ketat dapat meningkatkan ketidaksetaraan dan beban finansial bagi kelompok rentan. Oleh karena itu, kebijakan pembiayaan kesehatan perlu mengatur kombinasi sumber dana (mix-financing) secara proporsional, memastikan adanya regulasi tarif, transparansi penggunaan dana, serta pengawasan mutu layanan. Selain itu, sinergi antara pemerintah dan sektor swasta harus diarahkan untuk memperkuat sistem, bukan menciptakan beban baru, sehingga keberlanjutan dan efisiensi pembiayaan dapat terjaga dalam jangka panjang.¹⁴⁹

B. Penganggaran dan Alokasi Dana Kesehatan

Penganggaran merupakan tahap penting dalam memastikan bahwa sumber pembiayaan yang tersedia dapat dikelola dan dimanfaatkan secara efektif untuk mendukung pelayanan kesehatan. Proses ini mencakup penentuan kebutuhan, perencanaan pendanaan, serta distribusi dana ke berbagai level sistem kesehatan mulai dari pemerintah pusat, daerah, hingga fasilitas layanan seperti rumah sakit dan puskesmas. Penganggaran yang baik tidak hanya menjamin ketersediaan layanan, tetapi juga memastikan penggunaan dana yang efisien, transparan, dan sesuai prioritas kesehatan masyarakat. Melalui mekanisme alokasi yang tepat, pemerintah dapat mengurangi kesenjangan pelayanan antarwilayah dan memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan.

a. Proses Penganggaran di Sektor Kesehatan

Sebelum membahas secara spesifik bagaimana alokasi dana dilakukan, perlu dipahami bahwa pada era desentralisasi, perencanaan dan pembiayaan kesehatan kini sebagian besar dikelola oleh pemerintah daerah sehingga proses penganggaran harus disusun dengan struktur dan tata kelola yang baik agar layanan tetap berkelanjutan. Di dalam konteks ini, perencanaan pembiayaan menjadi landasan bagi rumah sakit atau fasilitas

¹⁴⁹ Annisa Dea dan Marice Simarmata, “Penerapan Pemerintah dan Sektor Swasta dalam Pembiayaan Kesehatan” Vol. 2, No (2025).

layanan agar dapat mengantisipasi kebutuhan operasional, layanan medis, obat-obatan, dan program kesehatan.¹⁵⁰

Dalam praktiknya, referensi menunjukkan bahwa ketika perencanaan keuangan tidak dilakukan secara tertata misalnya anggaran yang terbatas, alokasi dana yang tidak efisien, atau pengelolaan dana yang lemah maka kualitas layanan kesehatan bisa tergerus atau terjadi pemborosan. Oleh karena itu perencanaan yang sistematis, disertai manajemen keuangan dan alokasi dana yang akuntabel, menjadi sangat krusial: memungkinkan rumah sakit dan fasilitas kesehatan tetap berfungsi, menyediakan layanan yang berkualitas, serta menjaga kesinambungan operasional.

Selain itu, desentralisasi memberi ruang bagi pemerintah daerah untuk menentukan prioritas anggaran kesehatan sesuai kondisi lokal misalnya kebutuhan tenaga kesehatan, infrastruktur, obat-obatan atau layanan primer/sekunder sehingga penganggaran bisa lebih kontekstual dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat setempat. Namun hal ini juga membawa tantangan: kapasitas fiskal dan manajemen di daerah menjadi faktor penentu keberhasilan. Apabila daerah memiliki keterbatasan fiskal atau kapasitas tata kelola lemah, maka alokasi dana ke sektor kesehatan bisa terabaikan atau tidak optimal.¹⁵¹

Secara singkat, pada bagian ini menunjukkan bahwa proses penganggaran dan perencanaan pembiayaan di sektor kesehatan terutama di tengah desentralisasi harus didasarkan pada perencanaan yang matang, manajemen keuangan yang transparan, serta penyesuaian terhadap kebutuhan lokal. Tanpa itu, pembiayaan meskipun tersedia bisa gagal mewujudkan layanan kesehatan yang berkualitas dan merata.

b. Metode dan Mekanisme Alokasi Dana Kesehatan

Dalam pengelolaan keuangan puskesmas, alokasi dana dilakukan melalui kombinasi beberapa instrumen keuangan daerah serta mekanisme internal yang

¹⁵⁰ Riska Febria Afrila dan Marice Simarmata, "Perencanaan Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit" 2 (2025).

¹⁵¹ Ferry Fadzul Rahman, *Asuransi Kesehatan dan Penerapan Di Berbagai Negara*, ed. oleh Lailatul Marhamah, 2024.

diatur secara formal. Sebagian dana berasal dari alokasi pemerintah pusat atau daerah melalui skema seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan subsidi operasional puskesmas (SOP), serta dana dari status badan layanan yaitu Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) jika puskesmas sudah menerapkan pola tersebut. Di antara dua puskesmas dalam satu studi kasus, ditemukan bahwa satu puskesmas mendapat kombinasi BOK, SOP, dan penerimaan BLUD, sedangkan lainnya hanya mengandalkan BOK dan BLUD. Mekanisme ini menunjukkan bahwa alokasi dana bagi puskesmas tidak selalu homogen, melainkan sangat bergantung pada kebijakan daerah, status kelembagaan puskesmas, dan mekanisme pengelolaan keuangan yang berlaku setempat.¹⁵²

Dalam praktiknya, proporsi penggunaan dana ini sangat memengaruhi jenis layanan dan program kesehatan yang dijalankan. Di puskesmas dengan sumber dana ganda, dana BOK paling banyak diarahkan ke program kesehatan masyarakat (Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)) esensial seperti promosi kesehatan, upaya gizi, sanitasi, dan pencegahan penyakit sementara dana BLUD dipakai untuk menutup kebutuhan operasional dan layanan non-program. Pada puskesmas lainnya, dana digunakan terutama untuk kegiatan prioritas seperti kesehatan ibu dan anak (KIA) serta pelayanan dasar. Mekanisme alokasi ini menunjukkan fleksibilitas: puskesmas bisa menyesuaikan penggunaan dana sesuai kebutuhan lokal, jenis layanan, dan kondisi wilayah masing-masing. Namun fleksibilitas tersebut juga bergantung pada manajemen internal: puskesmas perlu pencatatan keuangan, perencanaan anggaran, dan akuntabilitas agar penggunaan dana tepat sasaran, efisien, dan transparan sebagaimana diatur dalam panduan pengelolaan keuangan puskesmas.¹⁵³

c. Tantangan Alokasi Dana Kesehatan

Pada tingkat sistem, salah satu tantangan utama alokasi dana kesehatan adalah keterbatasan sumber daya di tengah kebutuhan pelayanan yang luas dan beragam. Dalam literatur Ekonomi & Pembiayaan Kesehatan dijelaskan bahwa dalam konteks kesehatan, sumber daya baik dana, tenaga,

¹⁵² Nanda Kusuma Sari, “Sumber dan Penggunaan Anggaran Kesehatan untuk Kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Esensial antara Puskesmas Tempel II dan Puskesmas Borobudur Source and The Use of Health Budget for Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Essential Between Puskesmas Tempel II and Puskesmas Borobudur” 1, no. 1 (2023): 1–7, <https://doi.org/10.28885/bikkm.vol1.iss1.art1>.

¹⁵³ Suci Nasehati Sunaningsih Hernita Sulistyowati, “IMPLEMENTASI PENGELOLAAN KEUANGAN PUSKESMAS SETELAH BERSTATUS MENJADI BLUD” 10, no. 1 (2023): 110–31.

maupun fasilitas terbatas, sehingga tidak mungkin semua kebutuhan dipenuhi sekaligus. Keputusan alokasi harus memperhitungkan biaya peluang (opportunity cost): memilih untuk membiayai satu layanan berarti mengorbankan layanan atau program lain. Dalam praktik, hal ini menyebabkan dilema prioritas antara layanan kuratif, promotif, preventif, atau rehabilitatif terutama ketika anggaran publik tidak mencukupi. Alokasi yang tidak tepat atau fokus pada layanan mahal bisa mensejahterakan sebagian orang tetapi mengabaikan kebutuhan dasar banyak orang.¹⁵⁴

Selain itu, sistem alokasi sering menghadapi tantangan struktur dan kelembagaan: fragmentasi sumber dana dan mekanisme pembiayaan menyebabkan distribusi dana yang tidak merata dan kurang responsif terhadap kebutuhan lokal. Meski ada berbagai saluran pembiayaan (pemerintah pusat/daerah, asuransi, kontribusi) koordinasi dan pengelolaan alokasi sering lemah sehingga beberapa fasilitas atau wilayah mungkin menerima dana secara berlebihan, sementara yang lain kekurangan. Kondisi ini diperparah oleh rendahnya porsi anggaran pemerintah terhadap kesehatan sesuatu yang menjadi tantangan di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Akibatnya, meskipun dana tersedia dalam skema nasional, implementasi di lapangan bisa terganggu: layanan di fasilitas dasar bisa terbengkalai, kegiatan preventif terabaikan, atau distribusi layanan tidak merata di antara wilayah.¹⁵⁵

d. Strategi Perbaikan

Upaya perbaikan alokasi dan pembiayaan kesehatan di Indonesia perlu diarahkan pada penguatan peran pembiayaan publik serta diversifikasi sumber dana untuk menjamin keberlanjutan, pemerataan dan efisiensi layanan. Dalam literatur pembiayaan kesehatan, dikemukakan bahwa pemerintah harus meningkatkan alokasi anggaran kesehatan baik melalui APBN maupun APBD untuk mendukung layanan primer, promotif, dan preventif, bukan hanya kuratif. Hal ini penting agar pembiayaan tidak bergantung secara dominan pada pembayaran langsung masyarakat atau

¹⁵⁴ Idris, *Ekonomi & pembiayaan Kesehatan*, hal. 142.

¹⁵⁵ Riska Suyanti et al., "Analisis evaluasi penggunaan anggaran bantuan operasional kesehatan (bok) pada puskesmas margadana," 2018, 1–6.

asuransi saja. Peningkatan pendanaan publik akan membantu menurunkan barrier biaya bagi masyarakat, memperkuat sistem jaminan sosial, dan memberi dasar keuangan yang stabil untuk fasilitas layanan di seluruh wilayah, termasuk daerah tertinggal.¹⁵⁶

Selanjutnya, strategi perbaikan juga menekankan pentingnya manajemen pembiayaan yang profesional dan mekanisme alokasi yang transparan serta berbasis kebutuhan. Ini termasuk penggunaan data epidemiologis/populasi untuk menentukan prioritas layanan sehingga anggaran dialokasikan sesuai urgensi kesehatan masyarakat, bukan sekadar berdasarkan tradisi atau alokasi historis. Selain itu, diversifikasi aliran dana misalnya kombinasi anggaran publik, asuransi sosial, kontribusi swasta/donor dapat mengurangi ketergantungan pada satu sumber dan menjaga stabilitas saat kondisi fiskal berubah. Dengan mekanisme alokasi dan purchasing layanan yang efisien, serta penerapan governance dan akuntabilitas yang baik, pembiayaan kesehatan dapat menjamin akses merata, kualitas layanan, serta keberlanjutan sistem kesehatan nasional.¹⁵⁷

C. Manajemen Keuangan di Rumah Sakit dan Puskesmas

Pengelolaan keuangan di fasilitas layanan kesehatan merupakan bagian yang menentukan keberlanjutan operasional, mutu pelayanan, dan efisiensi pemanfaatan sumber daya. Baik rumah sakit maupun puskesmas menghadapi tuntutan untuk mengelola anggaran secara akuntabel, menyesuaikan pola pembiayaan yang diterima, serta memastikan setiap keputusan finansial mendukung tujuan pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan peran yang berbeda namun saling melengkapi, keduanya membutuhkan kerangka manajemen keuangan yang terstruktur, mekanisme pengelolaan dana yang transparan, serta alat evaluasi yang mampu menggambarkan kondisi keuangan secara objektif.

¹⁵⁶ Andrian Siagian, “Perencanaan Anggaran Berbasis Kinerja dalam upaya,” 2014, 488–95.

¹⁵⁷ Eni Wuryani Erryn Aprillia Mawarni, “ANALISIS KINERJA PUSKESMAS YANG MENERAPKAN POLA PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (PPK-BLUD)” 09, no. 01 (2020).

a. Kerangka Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Manajemen keuangan rumah sakit merupakan fondasi penting agar operasional layanan kesehatan dapat berjalan secara berkelanjutan meliputi perencanaan anggaran, pengelolaan kas, pengendalian biaya, investasi, dan pelaporan keuangan. Rumah sakit berbeda dari organisasi biasa karena pendapatan dan biaya bersifat kompleks dan fluktuatif: sumber pendapatan bisa datang dari berbagai jalur (pembayaran pasien, asuransi, subsidi, donor), sedangkan biaya operasional meliputi gaji tenaga medis, obat, alat medis, utilitas, pemeliharaan fasilitas, hingga investasi alat/teknologi. Maka dari itu, rumah sakit perlu memiliki kerangka manajemen keuangan yang sistematis dengan fungsi yang jelas: perencanaan dan anggaran, pengendalian biaya dan kas, pencatatan dan pelaporan, serta analisis kinerja keuangan untuk mendukung keputusan strategis dan operasional.¹⁵⁸

Salah satu elemen kunci dalam kerangka tersebut adalah pengendalian internal dan manajemen arus kas terutama pengelolaan penerimaan kas dan pengeluaran untuk menjaga likuiditas dan mencegah penyalahgunaan dana. Studi di beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa penerapan sistem pengendalian internal atas penerimaan kas termasuk pemisahan tugas kasir dan akuntansi, dokumentasi bukti transaksi, otorisasi, dan pemantauan rutin terbukti signifikan dalam menjaga keandalan keuangan dan meminimalkan risiko fraud. Mekanisme ini memungkinkan rumah sakit menyeimbangkan tujuan pelayanan publik (memberikan layanan kesehatan) dengan keberlanjutan finansial terutama dalam kondisi ketidakpastian pendapatan atau beban biaya tinggi.¹⁵⁹

b. Pengelolaan Keuangan Puskesmas

Dalam praktik pengelolaan keuangan pada puskesmas, penerapan sistem pencatatan, pelaporan, dan pertanggungjawaban keuangan secara rutin terbukti esensial agar dana dari berbagai sumber dapat digunakan secara efisien dan tepat sasaran. Misalnya, ketika puskesmas melakukan

¹⁵⁸ Kartika Maryona Feby Handayani, Elsi Susanti, “GAMBARAN KINERJA KEUANGAN DITINJAU DARI RASIO KEUANGAN PADA MASA COVID-19” 6, no. 2 (2024): 303–13.

¹⁵⁹ Nurul Jannah Dini Azlina Pane, Kamilah, “Analisis Rasio Solvabilitas Pada Rumah Sakit Umum Haji Medan Untuk Menilai Kinerja Keuangan” 08, no. 01 (2023): 8–11.

perencanaan anggaran secara partisipatif dengan melibatkan staf puskesmas dan pemangku kepentingan lokal alokasi dana untuk layanan dasar dan program kesehatan masyarakat lebih sesuai dengan kebutuhan nyata penduduk. Ini membantu memastikan bahwa anggaran BOK, kapitasi, atau subsidi tidak hanya dipakai untuk kebutuhan administratif, tetapi dialokasikan ke layanan promotif, preventif, dan perawatan dasar.

Selain itu, penggabungan beberapa sumber dana APBD/BOK, kapitasi dari asuransi/ program jaminan, dan sumber non-pemerintah jika ada memberi fleksibilitas keuangan bagi puskesmas untuk menyesuaikan layanan dengan karakteristik populasi dan beban penyakit di wilayahnya. Fleksibilitas ini penting ketika terjadi lonjakan kebutuhan, misalnya saat wabah penyakit, bencana, atau kebutuhan pelayanan tambahan. Dengan manajemen keuangan yang adaptif dan transparan, puskesmas dapat menjaga keberlanjutan layanan meskipun menghadapi ketidakpastian dana atau perubahan kebutuhan layanan di masyarakat.¹⁶⁰

Sebagai bagian dari tata kelola keuangan puskesmas, audit internal dan transparansi pelaporan menjadi aspek penting demi memastikan akuntabilitas dan mencegah penyalahgunaan dana. Dengan rutin melakukan pencatatan terperinci atas pemasukan (misalnya dari kapitasi, dana BOK, subsidi) dan pengeluaran (biaya operasional, obat, gaji tenaga kesehatan, pembelian alat), puskesmas dapat mengevaluasi efisiensi penggunaan dana, serta mengidentifikasi area pemborosan atau kekurangan anggaran. Hal ini memungkinkan manajemen puskesmas untuk membuat keputusan berbasis data misalnya memprioritaskan layanan promotif/preventif saat dana terbatas, atau mengajukan penambahan anggaran bila beban layanan meningkat. Lebih jauh, transparansi pelaporan kepada pemerintah daerah atau masyarakat dapat meningkatkan kepercayaan publik dan membantu mendukung keberlanjutan program kesehatan di wilayah setempat.¹⁶¹

¹⁶⁰ Siti Khofipah et al., “Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal) Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)” 9, no. 1 (n.d.): 58–65.

¹⁶¹ Kusuma Estu Werdani Ayi Nurhidayah, Lilis Zuniawati Setianingsih, *Manajemen Puskesmas Konsep, Praktik dan Inovasi*, ed. oleh Rosmawati, 2023.

c. **Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan Inovasi Tata Kelola**

Penerapan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada fasilitas kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit daerah memberi kesempatan bagi inovasi dalam tata kelola keuangan dan pelayanan. Referensi dari Undhira Bali menunjukkan bahwa dengan BLUD, fasilitas memperoleh fleksibilitas untuk mengelola pendapatan dan pengeluaran secara lebih independen dibanding pola birokrasi tradisional. Hal ini memungkinkan manajemen menentukan prioritas penggunaan dana berdasarkan kebutuhan lokal dan kondisi nyata misalnya pengadaan obat, perawatan, ataupun peningkatan fasilitas tanpa harus tergantung sepenuhnya pada alokasi dari APBN/APBD atau prosedur perizinan yang panjang. Status BLUD memungkinkan fasilitas menyesuaikan layanan dengan demand masyarakat, memanfaatkan berbagai sumber dana, dan merespon kondisi mendesak lebih cepat.

Selain fleksibilitas, BLUD juga mendorong transparansi dan akuntabilitas dalam manajemen keuangan fasilitas kesehatan. Artikel dari Jurnal-id menunjukkan bahwa penerapan sistem akuntansi yang baik dan pelaporan keuangan rutin dalam kerangka BLUD membantu mengurangi kebocoran dana, meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran, serta membangun kepercayaan masyarakat dan pemangku kepentingan. Dengan struktur BLUD, fasilitas dapat membuat keputusan pengadaan barang dan jasa sendiri serta mengelola kas internal, sehingga kontrol terhadap biaya operasional dan investasi menjadi lebih efektif. Ini penting untuk menjaga keberlanjutan layanan dan memastikan bahwa dana baik dari kapitasi, iuran, subsidi, maupun sumber mandiri dipakai untuk tujuan utama: pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata.¹⁶²

Namun, implementasi BLUD tidak otomatis menjamin keberhasilan. Efektivitas BLUD sangat tergantung pada kapasitas manajemen di tingkat fasilitas: kepemimpinan, sistem pencatatan &

¹⁶² Ni Putu et al., "Analysis of Puskesmas Regional Public Service Agency System (BLUD) in Bangli District in 2022 Analisis Penerapan Sistem Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Bangli Tahun 2022 Prodi Kesehatan Masyarakat , Universitas Dhyana Pura , Bali , Indonesia" 2, no. 3 (2023): 153–64.

pelaporan, sumber daya manusia, serta komitmen transparansi. Jika manajemen lemah atau sistem akuntansi tidak berjalan dengan baik, fleksibilitas BLUD bisa menjadi titik lemah misalnya alokasi dana bisa tidak tepat sasaran atau terjadi penyalahgunaan. Oleh karena itu, inovasi tata kelola melalui BLUD perlu diiringi dengan pelatihan manajerial, sistem kontrol internal, audit berkala, dan keterlibatan pemangku kepentingan lokal agar tujuan efisiensi, akuntabilitas, dan pelayanan publik dapat tercapai.¹⁶³

d. Alat Pengukuran Kinerja Keuangan

Dalam kerangka pengukuran kinerja keuangan fasilitas kesehatan, penggunaan rasio-rasio keuangan menjadi alat utama untuk menilai kesehatan finansial rumah sakit atau puskesmas. Beberapa rasio yang sering digunakan meliputi rasio likuiditas untuk melihat kemampuan memenuhi kewajiban jangka pendek, rasio solvabilitas untuk menilai kemampuan melunasi seluruh kewajiban, serta rasio profitabilitas atau margin operasional yang menggambarkan efisiensi pengelolaan pendapatan dan biaya. Rasio-rasio lain seperti analisis efisiensi biaya juga membantu mengidentifikasi potensi pemborosan atau ketidakseimbangan alokasi dana. Melalui evaluasi yang dilakukan secara berkala, manajemen dapat memantau stabilitas keuangan, mengantisipasi risiko defisit, dan menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan.¹⁶⁴

Pengukuran kinerja keuangan yang efektif harus ditopang oleh sistem pencatatan dan pelaporan yang akurat, sehingga data yang dihasilkan benar-benar mencerminkan kondisi keuangan sebenarnya. Penerapan sistem informasi keuangan yang transparan membantu manajemen mengevaluasi efisiensi penggunaan anggaran dan mengambil keputusan berbasis data, misalnya melakukan penyesuaian belanja ketika rasio likuiditas menurun atau meningkatkan efisiensi operasional ketika margin

¹⁶³ Indah Doanita Hasibuan et al., “Analisis Pengelolaan Keuangan Puskesmas Blud Simpang Empat Kabupaten Karo” 4, no. 2 (2024): 583–92.

¹⁶⁴ Ayu Niken Faizati et al., “Analisis Rasio Keuangan Sebagai Dasar dalam Menilai Kinerja Keuangan Rumah Sakit Ibu dan Anak Paradise Tanah Bumbu Periode Tahun 2018-2022 Fakultas Ekonomi Universitas Islam Kalimantan Muhammad Rasio Keuangan sebagai Dasar Penilaian Kinerja Keuangan Sebelum dan Setelah Pandemi” 4 (2025).

operasional menunjukkan tren negatif. Dengan penggunaan alat ukur yang tepat, fasilitas kesehatan dapat memastikan bahwa aspek keuangan berjalan selaras dengan tujuan pelayanan publik, menjaga keberlanjutan operasional, dan meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.¹⁶⁵

D. Asuransi Kesehatan dan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem asuransi kesehatan merupakan komponen penting dalam pembiayaan kesehatan karena berfungsi mengurangi risiko finansial masyarakat ketika membutuhkan layanan medis. Melalui mekanisme pengumpulan dan pengelolaan risiko secara kolektif, asuransi memungkinkan terciptanya perlindungan yang lebih merata dan berkelanjutan. Di Indonesia, kerangka ini diwujudkan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dirancang untuk menyediakan akses layanan yang komprehensif, adil, dan terjangkau bagi seluruh penduduk. Pemahaman mengenai sejarah pembentukan JKN, mekanisme pembiayaannya, tantangan implementasi, serta kontribusinya terhadap sistem kesehatan nasional menjadi kunci untuk menilai efektivitas dan keberlanjutan skema ini. Dengan dasar ini, pembahasan selanjutnya akan menguraikan empat aspek utama: tujuan dan latar belakang JKN, mekanisme pendanaan, tantangan pelaksanaannya, serta peran JKN dalam struktur pembiayaan kesehatan Indonesia.

a. Sejarah Singkat dan Tujuan JKN

Sistem JKN dibangun untuk menggantikan berbagai skema pembiayaan dan asuransi sebelumnya, untuk menyatukan manajemen dan memperluas jangkauan perlindungan. Tujuannya memastikan bahwa seluruh warga mendapatkan jaminan kesehatan menyeluruh dari layanan dasar hingga rehabilitatif tanpa terbatas status sosial atau ekonomi. Dengan demikian, JKN diharapkan menjadi instrumen utama menuju cakupan kesehatan universal (UHC), menjamin keadilan akses, dan melindungi keluarga dari risiko finansial akibat biaya kesehatan tinggi.

b. Mekanisme Pembiayaan JKN

¹⁶⁵ Muhammad Nabil Faiz et al., “Evaluasi Implementasi JKN Dalam Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Di Medan Evaluation of JKN Implementation in Improving Access to Health Services in Medan” 8, no. 7 (2025): 4095–4103, <https://doi.org/10.56338/jks.v8i7.8206>.

Pembiayaan JKN berasal dari iuran peserta, kontribusi pemerintah bagi kelompok tidak mampu (PBI), dan subsidi negara. Dana yang terkumpul kemudian dikelola secara kolektif dan digunakan untuk membayar layanan kesehatan melalui mekanisme seperti kapitasi untuk layanan primer dan pembayaran berbasis paket (case-based payment) untuk layanan rumah sakit. Sistem pooling ini mendistribusikan beban biaya dan risiko secara merata, memungkinkan solidaritas sosial — bahwa biaya besar satu individu dibantu oleh kontribusi banyak peserta.¹⁶⁶

c. Tantangan Implementasi JKN

Meskipun JKN membawa manfaat besar, implementasinya menghadapi sejumlah tantangan: ketidakseimbangan antara iuran dan klaim belanja klaim yang tinggi dapat menekan keuangan sistem; risiko over-utilisasi layanan atau klaim berlebihan; serta kebutuhan pengendalian fraud dan kecurangan klaim. Selain itu, kualitas layanan sangat bergantung pada ketersediaan SDM dan fasilitas kesehatan — jika fasilitas tidak memadai atau rujukan sulit, peserta bisa tertahan pada layanan tidak optimal meskipun terdaftar di JKN. Semua ini menuntut regulasi kuat, sistem verifikasi klaim, dan integrasi data layanan yang baik.

d. Peran JKN dalam Sistem Pembiayaan Nasional

JKN memperkuat mekanisme pooling risiko dan mengurangi ketergantungan pembiayaan langsung oleh rumah tangga, sehingga membantu pemerataan akses kesehatan. Sistem ini juga mendukung stabilitas keuangan fasilitas layanan karena pembayaran dilakukan melalui skema resmi, bukan bergantung pada pembayaran out-of-pocket. Dengan manajemen premi, klaim, dan layanan yang efisien, JKN menjadi tulang punggung pembiayaan nasional: mendukung layanan di semua jenjang, mengurangi beban finansial masyarakat, dan mendorong pemerataan serta keberlanjutan sistem kesehatan.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Nyoman Dharma Wiasa, *JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG BERKEADILAN MENUJU KESEJAHTERAAN SOSIAL*, ed. oleh August Leonardo, 2022.

¹⁶⁷ Andi Nur, Fiqhi Utami, dan Dyah Mutiarin, “Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I Kabupaten Sleman Tahun 2016,” 2016, 153–62.

D. Rekomendasi Kebijakan dan Praktik Manajerial

- Memperkuat mekanisme pembiayaan kesehatan yang terintegrasi
Pemerintah perlu mengoptimalkan kombinasi sumber pembiayaan publik, asuransi sosial, dan kontribusi swasta agar kapasitas pendanaan meningkat dan tidak bergantung pada pembayaran langsung masyarakat.
- Meningkatkan pooling risiko secara nasional
Penggabungan risiko yang lebih luas dapat menurunkan beban biaya individu, meningkatkan redistribusi dana, serta memperluas jangkauan layanan terutama bagi kelompok berisiko dan berpenghasilan rendah.
- Menerapkan sistem penganggaran berbasis kinerja dan kebutuhan
Setiap unit layanan kesehatan disarankan menerapkan perencanaan anggaran yang didasarkan pada indikator kinerja, analisis beban penyakit, serta kebutuhan populasi lokal agar lebih tepat sasaran.¹⁶⁸
- Memperkuat tata kelola dan mekanisme akuntabilitas
Transparansi pelaporan keuangan, audit rutin, serta sistem pemantauan yang konsisten perlu diperkuat untuk meminimalisir pemborosan dan meningkatkan kredibilitas pengelolaan anggaran.
- Mengembangkan pemanfaatan data kesehatan sebagai dasar perencanaan
Pengambilan keputusan dan distribusi anggaran harus didukung data epidemiologis, kapasitas fasilitas, serta tren kebutuhan layanan; hal ini mendukung kebijakan yang lebih adaptif dan berbasis bukti.
- Mendorong peningkatan kapasitas manajerial di fasilitas kesehatan
Pelatihan manajemen keuangan, perencanaan strategis, serta pengelolaan risiko perlu ditingkatkan untuk memperkuat kompetensi SDM dalam mengelola program dan anggaran secara profesional.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Anindya Oktaria Yudhanti, “Analisis Strategi Peningkatan Sistem Kesehatan di Indonesia,” n.d.

¹⁶⁹ Indriani Puspitasari, “EFESIENSI DAN EFEKTIVITAS REALISASI ANGGARAN, OPTIMALISASI DAN KINERJA KEUANGAN,” n.d.

BAB VI

MANAJEMEN LOGISTIK DAN SARANA KESEHATAN

A. Perencanaan Kebutuhan Obat, Alat, & Bahan Medis

Puskesmas merupakan salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif di suatu wilayah kerja. Puskesmas sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif.

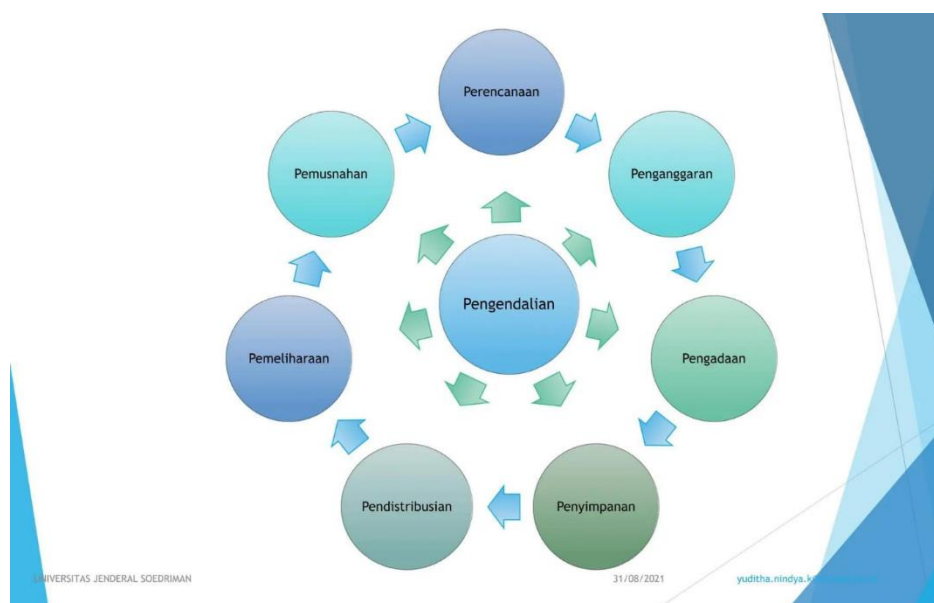
Puskesmas sebagai suatu unit fungsional berperan penting dalam mengembangkan dan membina partisipasi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Oleh karena itu, dalam penyelenggaraannya. dibutuhkan skill tenaga kesehatan dan pegawai puskesmas lainnya yang profesional, terdidik. dan terlatih. Tentunya dalam aplikasinya sangat dibutuhkan proses belajar dan pengalaman.¹⁷⁰

Ketersediaan alat, obat, bahan habis pakai, dan fasilitas kesehatan lainnya di Puskesmas, menjadi salah satu faktor yang menentukan pemenuhan aspek sarana dan prasarana yang memadai. Dalam hal ini, seluruh sumber daya yang tersedia akan dimanfaatkan secara optimal untuk mendukung pelayanan dan program kerja Puskesmas. Oleh karena itu, diperlukan kegiatan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai yang dilakukan secara terstruktur dan terus menerus.¹⁷¹

¹⁷⁰ Fathiyah Rahma, "PERENCANAAN DAN PENGADAAN OBAT DI PUSKESMAS 'X' BERDASARKAN" 6, no. 74 (2018): 15–20.

¹⁷¹ Ni Made et al., "STUDI PERENCANAAN PENGADAAN SEDIAAN FARMASI DI APOTEK X BERDASARKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 73 TAHUN 2016" 11, no. 1 (2021): 1–9.

Pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai merupakan suatu kegiatan dalam pelayanan kefarmasian yang meliputi perencanaan kebutuhan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, hingga pemantauan dan evaluasi. Hal ini dilakukan untuk menjamin ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai dalam memenuhi kebutuhan pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas. Oleh karena itu, setiap kegiatan pengelolaan harus dilakukan sesuai dengan ketentuan dan aturan yang berlaku. Salah satu kegiatan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai yang sangat penting yaitu perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai. Hal ini penting karena merupakan titik awal dimulainya kegiatan pengelolaan obat di puskesmas.



Perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai yang tidak tepat dapat memengaruhi ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai. Dampak yang mungkin terjadi adalah timbulnya kejadian stagnant dan stockout obat di Puskesmas. Kejadian stagnant dan stockout obat tentu akan memberikan dampak yang merugikan bagi Puskesmas, diantaranya yaitu peningkatan biaya akibat pemakaian obat yang tidak rasional. Hal ini tentu akan merugikan Puskesmas.¹⁷²

¹⁷² Clara Rosalia Nibong, Febi K Kolibu, dan Chreisy K F Mandagi, “ANALISIS PERENCANAAN DAN PENGADAAN OBAT DI PUSKESMAS SARIO KOTA MANADO,” n.d., 1–12.

Mengingat pentingnya kegiatan pengelolaan obat dan bahan medis habis dalam kegiatan pelayanan kefarmasian di Puskesmas, maka pelaksanaan pengelolaan obat diatur dalam Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan mekanisme pelaksanaan perencanaan dan pengadaan obat yang dilakukan Puskesmas.

Ketersediaan obat di Puskesmas menjadi salah satu hal yang paling penting dalam kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas. Perencanaan kebutuhan dan. pengadaan obat berperan penting dalam menjamin ketersediaan obat di Puskesmas. Perencanaan kebutuhan merupakan suatu kegiatan pemilihan dan penetapan jumlah obat yang dibutuhkan untuk memenuhi pelayanan kesehatan. Sedangkan, pengadaan merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan operasional sediaan farmasi yang telah ditetapkan dalam perencanaan obat (Rosmania & Supriyanto, 2015). Kegiatan pengelolaan ini, dilaksanakan oleh Unit Obat Puskesmas berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, sebagai acuan dalam implementasi. Implementasi kegiatan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai di Puskesmas, terdiri dari dua sumber pembiayaan obat dan bahan medis habis pakai, diantaranya yaitu melalui dana APBD dan dana Kapitasi Puskesmas atau JKN. Kedua pembiayaan ini dalam implementasinya tentu memiliki perbedaan, terutama berkaitan dengan pengadaan obat.¹⁷³

a. Perencanaan dan Pengadaan Obat Pembiayaan JKN.

Selain perencanaan kebutuhan obat yang bersumber dari APBD, terdapat perencanaan kebutuhan obat yang sumber pembiayaan berasal dari dana kapitasi puskesmas atau JKN. Perencanaan kebutuhan obat JKN, dilakukan dengan menggunakan dokumen RKA yang dibuat pada awal tahun berdasarkan jumlah kebutuhan. Hasil wawancara menunjukkan bahwa petugas farmasi melakukan rekapitulasi permintaan obat dari setiap

¹⁷³ Winda Amalia, "IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI BERDASARKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 72 TAHUN 2016 DI RUMAH SAKIT KOTA SEMARANG," 2022.

poli pelayanan yang ada di Puskesmas. Permintaan dari setiap poli tersebut, selanjutnya oleh penanggung jawab unit obat akan dianalisis dan disesuaikan dengan anggaran yang dimiliki. Selanjutnya, jumlah obat yang sudah sesuai dengan anggaran tersebut dimasukkan ke dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA).

Kegiatan perencanaan kebutuhan obat ini menjadi dasar dari implementasi pengelolaan obat di puskesmas. Perencanaan kebutuhan obat yang tepat akan menghasilkan jumlah dan jenis obat yang tepat sesuai dengan kebutuhan, mencegah terjadinya kekosongan stok obat, meningkatkan penggunaan obat secara rasional, dan meningkatkan efisiensi penggunaan obat.¹⁷⁴

Data obat yang akan dipesan, kemudian di breakdown satu per satu, untuk mengidentifikasi waktu pemesanan dan juga rencana kedatangan serta penerimaan dari obat yang dipesan. Selanjutnya, dokumen RKA diajukan kepada Dinas Kesehatan oleh kurangnya ketegasan Dinas Kesehatan Kota kepada distributor yang tidak mengirimkan barang tepat waktu. Sementara, petugas puskesmas tidak bisa memberikan tindak lanjut secara langsung karena yang melakukan kerja sama dengan distributor adalah Dinas Kesehatan Kota.

Perlu adanya regulasi yang secara jelas dapat menjembatani pengadaan obat di Puskesmas, mengingat terdapat dua sumber pembiayaan obat yang memerlukan administrasi dan dokumen pengadaan yang berbeda. Kedua sumber pembiayaan tersebut, yaitu APBD dan JKN yang menciptakan dua sistem pengadaan obat dan bahan medis habis pakai di Puskesmas. Peraturan yang berlaku, sebaiknya harus bisa mengakomodasi pelaksanaan dua sistem tersebut agar tidak saling tumpang tindih dan menghambat pelaksanaan kegiatan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai. Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan harus bisa mengatur pelaksanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai agar bisa berjalan

¹⁷⁴ Diah Ayu Puspendari Atika Dalili Akhmad, Satibi, "ANALISIS PERSEPSI DAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSEPSI TERHADAP PENERAPAN SISTEM PEMBIAYAAN JKN PADA FASILITAS KESEHATAN PENUNJANG DI D. I. YOGYAKARTA. ANALYSIS," 2015, 267–74.

sesuai dengan ketentuan dalam rangka memenuhi kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai di Puskesmas.¹⁷⁵

b. Perencanaan dan Pengadaan Obat Pembiayaan APBD

Perencanaan dan kebutuhan obat yaitu proses kegiatan seleksi sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai untuk menentukan jenis dan jumlah sediaan farmasi dalam rangka pemenuhan kebutuhan puskesmas. Perencanaan bertujuan untuk memperkirakan jenis dan jumlah sediaan farmasi yang dibutuhkan, dan meningkatkan efisiensi penggunaan obat. Dalam proses ini juga mencakup penentuan kebutuhan secara rinci (detailing) dengan memperhitungkan semua faktor yang memengaruhi penentuan kebutuhan.¹⁷⁶

Pelaksanaan pengelolaan obat di Puskesmas mencakup 4 fungsi dasar yaitu perumusan kebutuhan, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat. Selain itu, untuk bisa berjalan dengan maksimal, maka harus didukung oleh pembiayaan yang berkesinambungan, pengelolaan sistem informasi yang memadai, serta manajemen dan pengembangan sumber daya. Manusia. Implementasi tersebut. dilakukan sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Perhitungan kebutuhan dilakukan untuk mengetahui jumlah obat yang dibutuhkan untuk satu periode. Hasil perhitungan yang didapatkan, dijadikan sebagai bahan analisis bersama dengan rekapitulasi permintaan dari setiap poli sehingga menghasilkan usulan jumlah kebutuhan obat. Usulan tersebut. kemudian dimasukkan ke dalam Laporan Keadaan Obat dan usulan obat untuk diajukan kepada Dinas Kesehatan.¹⁷⁷

Sementara itu, apabila terjadi suatu hal yang tidak terduga seperti Kejadian Luar Biasa, Bencana Alam, dan sebagainya Puskesmas dapat mengajukan permintaan khusus. Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi

¹⁷⁵ Theodorus H. W. Lumunon Deysi Liem Fat Salim, Nontje Rimbing, "AKSESIBILITAS PEMBIAYAAN KESEHATAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL" VIII, no. 4 (2020): 104–14.

¹⁷⁶ Andung Prihadi Santoso Istinganah, Sulanto Saleh Danu, "EVALUASI SISTEM PENGADAAN OBAT DARI DANA APBD TAHUN 2001-2003 TERHADAP KETERSEDIAAN DAN EFISIENSI OBAT" Vol. 09 (2006).

¹⁷⁷ Khofipah et al., "Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal) Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)."

dalam hal ini yaitu obat dilakukan untuk menentukan jumlah dan jenis obat dan bahan medis habis pakai dalam rangka pemenuhan kebutuhan puskesmas. Selain itu, hal ini juga bertujuan untuk meningkatkan penggunaan obat yang rasional dan efisiensi penggunaan obat.

Perencanaan kebutuhan obat di puskesmas harus dilakukan secara tepat untuk menghindari terjadinya kejadian stagnant dan stockout obat di puskesmas. Ketidaktepatan perencanaan kebutuhan akan mengakibatkan adanya ketidakefisienan dalam jumlah persediaan obat yang ada di puskesmas. Selain itu, hal ini juga akan memengaruhi mutu pelayanan di puskesmas, dan bahkan dapat menimbulkan kerugian bagi puskesmas.¹⁷⁸

Kegiatan pengadaan obat di Puskesmas, mencakup penyusunan dan pengajuan permintaan obat kepada Gudang Farmasi sesuai dengan kebutuhan. Pengadaan dilakukan sebagai bentuk realisasi dari perencanaan kebutuhan yang telah dilakukan oleh Puskesmas. Efektivitas kegiatan pengadaan ditunjukkan melalui ketersediaan obat, kesesuaian jumlah obat dengan kebutuhan, kesesuaian harga obat.

Pengadaan obat merupakan suatu proses pemenuhan kebutuhan operasional obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh puskesmas, sebagai bentuk realisasi dari perencanaan kebutuhan obat yang telah dilakukan sebelumnya. Hal ini dilakukan untuk menjamin ketersediaan obat dengan jumlah yang tepat di waktu yang tepat pula (Hadidah, 2016). Dalam hal ini, ketidaktepatan perencanaan obat yang dilakukan sebelumnya akan memengaruhi proses pengadaan obat yang dilakukan puskesmas. Kedua proses tersebut saling berhubungan dan menentukan ketersediaan obat dan bahan medis. habis pakai di puskesmas dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Deysi Liem Fat Salim, Nontje Rimbing, “AKSESIBILITAS PEMBIAYAAN KESEHATAN DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.”

¹⁷⁹ Tiara Pakar Ningrum Indah Doanita Hasibuan, Farah Sabila, “PENGELOLAAN DANA KAPITASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI PUSKESMAS DESA TANJUNG ANOM” 11, no. 02 (2024): 108–18.

B. Sistem Distribusi Logistik Kesehatan

Perencanaan, penganggaran, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pemanfaatan, penghapusan, dan pengendalian adalah beberapa tahap dalam siklus logistik yang tergabung dalam manajemen logistik rumah sakit. Tahap-tahap ini saling berhubungan untuk memastikan bahwa logistik berjalan dengan baik untuk seluruh unit kerja yang membutuhkannya. Salah satu bagian penting dari proses manajemen logistik obat adalah perencanaan dan pengadaan obat, termasuk antibiotik. Sistem pengelolaan yang baik akan memastikan bahwa obat tersedia sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengadaan sediaan farmasi dilakukan dengan mengajukan Purchase Order (PO) kepada gudang farmasi, memuat nomor PO, tanggal PO, jumlah obat, nama obat yang diterima, harga satuan, total harga obat, dan sebagainya. Manajemen pengadaan obat di salah satu Rumah Sakit di Kabupaten Karawang melibatkan beberapa tahap: 1) Menghitung ketersediaan obat yang ada dan membandingkannya dengan kebutuhan bulan sebelumnya untuk pengajuan PO; 2) Setelah daftar kebutuhan obat dibuat oleh farmasi, daftar tersebut diajukan ke manajemen pengadaan seksi pelayanan medik dan disetujui serta ditandatangani oleh Kasie Pelayanan Medik; 3) Setelah PO disetujui, PO dikembalikan ke farmasi; 4) Setelah PO selesai, PO diserahkan ke vendor obat untuk pemesanan; 5) Obat diterima di gudang farmasi oleh staff gudang dan manajemen pengadaan, kemudian jumlah obat yang diterima diperiksa. Jika jumlahnya lebih banyak dari PO, kelebihan obat dikembalikan ke vendor, namun jika jumlahnya lebih sedikit, sisa. Salah satu masalah dalam proses manajemen logistik obat adalah kekurangan obat dari distributor, yang berdampak pada gudang logistik obat. Di sisi lain, kurangnya disiplin staf dalam mencatat keluar masuk obat pada kartu stok obat menyebabkan masalah keamanan stok. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk memahami dan menganalisis manajemen logistik dalam pengadaan dan

distribusi obat di rumah sakit pemerintah, mencakup metode pengelolaan dan kendala atau tantangan yang dihadapi masing-masing pengelolaan.¹⁸⁰

Prosedur pengelolaan manajemen logistik yang dilakukan sesuai dengan standar dan ketentuan yang berlaku dapat memastikan bahwa pengelolaan manajemen logistik berjalan efektif dan efisien untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan manajemen logistik pengelolaan obat dengan baik dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Afiya pada tahun 2022 di Rumah Sakit QIM Batang yang menunjukkan bahwa pelaksanaan pengelolaan obat secara keseluruhan sudah memenuhi standar. Hasil kuesioner menunjukkan kinerja sangat baik dalam berbagai aspek seperti proses perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan, dan administrasi obat, dengan persentase rata-rata di atas 90%, sama halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Girsang dkk pada tahun 2022, sistem pengelolaan obat di RSUD H. Sahudin Kutacane menunjukkan bahwa pada tahap seleksi obat, ketersediaan obat sesuai dengan standar Depkes RI sebesar 86,75%, Penerapan standar manajemen pengelolaan obat di RSUD Tapanuli Selatan sebagian besar sudah sesuai standar, dengan 82,41% kesesuaian obat dengan Formularium Nasional dan penggunaan metode FIFO dan FEFO dalam penyimpanan walaupun terdapat kendala pada frekuensi pengadaan yang rendah dan perbedaan pengalaman pasien terkait ketersediaan obat, menunjukkan adanya area yang masih perlu perbaikan dalam proses pengadaan dan distribusi. Hal ini juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Ramzi pada tahun 2023, perencanaan manajemen logistik obat di Rumah Haji Medan sudah dilaksanakan dengan baik sesuai ketentuan, sehingga pengadaan obat berjalan lancar, meski memerlukan analisis lebih mendalam untuk menentukan prioritas.¹⁸¹

Dari analisa literatur yang telah dilakukan, terbukti bahwa proses manajemen logistik obat yang sesuai dengan Permenkes No.74 Tahun 2016,

¹⁸⁰ Juni Chudri Azalia Wardhani Dya Carissa, Anmollya Bella Lamza, “PENGELOLAAN MANAJEMEN LOGISTIK DALAM PENGADAAN DAN DISTRIBUSI OBAT DI RS PEMERINTAH” 2 (2025): 729–43.

¹⁸¹ Agnes Ratna Saputri, “Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit Dalam Pengelolaan Logistik Farmasi” 1, no. 4 (2025): 77–85.

menunjukkan efektivitas dan efisiensi dalam setiap tahapan mulai dari permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, hingga pencatatan dan pelaporan. Salah satu tahap pengelolaan obat yang harus diperhatikan untuk mengoptimalkan manajemen logistik pengelolaan obat maka diperlukan pengelolaan Formularium Nasional dan metode FIFO serta diperhatikan masa kadaluarsa dengan prinsip First Expired First Out (FEFO). Kedua metode ini adalah metode penyimpanan obat yang telah banyak digunakan diberbagai instalasi farmasi rumah sakit. Penerapan metode ABC Indeks Kritis juga dapat diterapkan untuk mengelompokkan obat berdasarkan prioritas, yang membantu dalam perencanaan dan pengadaan obat secara lebih efisien. Namun, implementasi ini masih perlu ditingkatkan untuk mencapai pengendalian stok yang optimal dan mencegah kekosongan stok obat yang esensial. Penggunaan analisis ABC terbukti dapat membantu dalam prioritas pengelolaan stok, pengawasan dan pemantauan persediaan, namun jika tidak dilakukan dengan konsisten sesuai tingkat kritisnya, dapat mempengaruhi ketersediaan dan efisiensi penggunaan anggaran. Selain itu, diperlukan pemilahan obat yang dilakukan sesuai dengan pedoman, dan prosedur perencanaan kebutuhan obat mengikuti SOP yang berlaku. Penggunaan Microsoft Excel untuk perencanaan, pemantauan, dan pengadaan farmasi yang selaras dengan aturan yang telah ditetapkan menunjukkan kepatuhan terhadap standar manajemen yang baik. Meskipun demikian, sangat penting untuk mengakui bahwa ketergantungan pada data historis dan sistem yang terhubung memerlukan pengawasan yang berkelanjutan untuk menjaga ketepatan dan kemanjuran dalam pengadaan farmasi. Kepatuhan terhadap standar dapat ditingkatkan dengan memastikan bahwa semua prosedur yang digunakan selalu diperbarui sesuai dengan kemajuan terbaru dan persyaratan rumah sakit.¹⁸²

Pentingnya membangun manajemen logistik obat di rumah sakit adalah untuk mencegah potensi hambatan. Banyak rumah sakit, termasuk

¹⁸² Lenora Zefin Wahyu Susanto Sandy Kurniajati, "Literature Review: Logistics Management System Instalasi Farmasi Dan Pengadaan Alat Di Rumah Sakit" Vol. 3, No (2024): 131–42.

RSIA Kemang Medical Care, menunjukkan kekurangan dalam manajemen logistik obat, yang ditandai dengan penundaan pengiriman yang substansial dan ketidaksesuaian dalam jenis dan jumlah obat, yang disebabkan oleh kekurangan stok dan penipisan persediaan. Begitu pun dengan Instalasi Farmasi RSUD Goeteng Taroenadibrata Kota Purbalingga belum sepenuhnya sesuai standar, dengan adanya kekosongan obat yang mengharuskan pasien membeli obat di luar rumah sakit. Hal ini juga ditemukan dalam penelitian sebelumnya mengenai manajemen logistik di Instalasi Farmasi RSUD Raha Kabupaten Muna yang menghadapi kendala pengadaan obat seperti keterlambatan pengiriman dan masalah pembayaran, sementara proses penyimpanan dan pendistribusian juga mengalami beberapa kekurangan. Manajemen logistik obat yang belum efisien dapat menyebabkan stok mati dan obat kadaluwarsa. Hal ini juga ditemukan di dalam penelitian oleh Sumule pada tahun 2020, yang dimana terdapat kekurangan dalam pemesanan dan pemusnahan, termasuk ketidakpastian dalam waktu kedatangan obat dan belum dilakukannya pemusnahan obat expired. Masalah serupa ditemukan dalam penelitian mengenai manajemen logistik di Rumah Sakit Rumah Sakit Graha Medika Banyuwangi ini belum sepenuhnya sesuai standar. Masalah yang dihadapi meliputi keterbatasan sumber daya manusia yang kurang terampil dan jumlahnya tidak mencukupi, serta adanya tumpang tindih tugas dan koordinasi yang kurang. Pelaksanaan inventarisasi barang dan manajemen logistik di RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah belum sepenuhnya sesuai standar. Proses perencanaan, penganggaran, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan, dan pengawasan logistik mengalami hambatan serius, terutama di masa pandemi ketika kebutuhan mendesak menyebabkan ketidakselarasan dengan rencana awal. Secara keseluruhan, rumah sakit yang belum sepenuhnya sesuai standar masih memerlukan pembenahan signifikan untuk memenuhi standar manajemen logistik yang optimal.¹⁸³

¹⁸³ Gracewati Rambu et al., "MANAJEMEN LOGISTIK OBAT DI INSTALASI FARMASI RSUD WAIBAKUL KABUPATEN SUMBA TENGAH" 2, no. 3 (2020): 25–39.

Perbedaan manajemen logistik pengelolaan obat di RS Pemerintah dan RS Swasta dapat diteliti dari hasil penelitian mengenai manajemen pengelolaan obat di rumah sakit swasta dan pemerintah dilakukan oleh Yusiana dkk pada tahun 2022. Penjelasan yang diberikan menunjukkan bahwa ada beberapa indikator yang sudah memenuhi standar, seperti persentase anggaran dan frekuensi pengadaan obat. Namun, terdapat indikator lain yang belum memenuhi kriteria, seperti frekuensi kelengkapan surat pesanan dan frekuensi tertundanya pembayaran. Secara keseluruhan, analisis ini menunjukkan bahwa manajemen pengelolaan obat di rumah sakit masih perlu perbaikan, terutama dalam hal pengadaan dan pembayaran, untuk mencapai standar yang diharapkan.¹⁸⁴

Manajemen pengelolaan obat di rumah sakit yang sudah menerapkan sesuai standar tidak luput dari kendala yang mungkin terjadi. Meskipun beberapa proses, seperti pengadaan dan distribusi, telah memenuhi standar, masih ada area yang memerlukan perbaikan untuk sepenuhnya mematuhi pedoman tersebut. Hal ini dilakukan dikarenakan adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) lama tahun 2009 dan 2011, belum diperbarui. Perencanaan kebutuhan obat sudah dilaksanakan sesuai tahapan, tetapi belum optimal terutama pada proyeksi dan penyesuaian. Pengadaan obat dilakukan sesuai prosedur, tetapi terdapat ketidak tepatan waktu dalam pendistribusian dan ketidakcocokan jumlah obat dengan kebutuhan. Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Utara memiliki perencanaan obat yang sesuai dengan Permenkes RI No. 72 Tahun 2016, tetapi ada buffer stok 10% yang menyebabkan kekosongan obat yang tidak sesuai dengan waktu tunggu pengadaan. Pengendalian obat menggunakan metode Stock Opname. pengadaan obat melalui Surat Pesanan (SP) dan koordinasi dengan dinas kesehatan sesuai standar. Meskipun demikian, beberapa obat telah kadaluwarsa.¹⁸⁵

¹⁸⁴ Basuki Arianto, "Sistem Distribusi , Logistik dan Supply Chain dengan Metode Lean Distribution," 2010.

¹⁸⁵ Nina Yuningsih Wandy Zulkarnaen, Iis Dewi Fitriani, "PENGEMBANGAN SUPPLY CHAIN MANAGEMENT DALAM PENGELOLAAN DISTRIBUSI LOGISTIK PEMILU YANG LEBIH TEPAT JENIS , TEPAT JUMLAH DAN TEPAT WAKTU BERBASIS HUMAN

C. Pengawasan, Penyimpanan, Dan Kontrol Mutu Barang

Pengawasan mutu adalah kegiatan yang dilakukan perusahaan untuk memastikan bahwa setiap proses produksi berjalan sesuai rencana. Jika terjadi kesalahan, pengawasan mutu memungkinkan perbaikan sehingga rencana tetap dapat terlaksana dengan baik. Tujuan dari pengawasan mutu makanan yang dilakukan adalah untuk menyajikan makanan yang aman, bersih, tanpa ada bahaya kontaminasi, dan dapat menyehatkan konsumennya. Studi ini bertujuan untuk mempelajari sistem pengawasan mutu makanan pasien dari proses produksi hingga pendistribusian makanan pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muhammad Sani. Metode yang digunakan dalam studi ini meliputi kerja nyata, pengamatan langsung terhadap aktivitas di lapangan, serta wawancara, pencatatan, diskusi, dan telaah pustaka. Data dianalisis secara deskriptif kualitatif. Studi ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muhammad Sani yang terletak di Tanjung Balai Karimun. Hasil dari studi menunjukkan bahwa secara keseluruhan proses pengolahan makanan sudah berjalan dengan baik.¹⁸⁶

Pengawasan mutu makanan memiliki hubungan yang erat dengan keamanan makanan. Di dalam lingkup pengawasan mutu makanan terdapat empat aspek mutu diantaranya mutu fisik, mutu kimia, mutu mikrobiologi, serta mutu organoleptik.

Tujuan dari pengawasan mutu makanan ini adalah untuk menyajikan makanan yang aman, bersih, tanpa ada bahaya kontaminasi, dan menyehatkan konsumennya. Di rumah sakit khususnya di instalasi gizi juga harus menerapkan pengawasan mutu makanan, karena makanan yang dikonsumsi oleh pasien khususnya pasien rawat inap harus terjamin untuk mendapatkan layanan kesehatan yang optimal sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.¹⁸⁷

RESOURCES COMPETENCY DEVELOPMENT DI KPU JAWA BARAT” 4, no. 2 (2020): 222–43.

¹⁸⁶ Adi Laksono, “Optimalisasi Manajemen Logistik Rumah Sakit untuk Meningkatkan Efisiensi Pengadaan dan Distribusi Obat di Era Digital” 6, no. 9 (2025): 3569–78.

¹⁸⁷ Sandy Kurniajati, “Literature Review : Logistics Management System Instalasi Farmasi Dan Pengadaan Alat Di Rumah Sakit.”

Di rumah sakit, terdapat tenaga instalasi gizi yang bertugas di bagian instalasi gizi. Tenaga instalasi gizi terdiri atas kepala instalasi gizi, ahli gizi, juru masak, pramusaji, tenaga gudang, operator komputer, dan ahli gizi untuk rawat inap. Tetapi tiap fasilitas gizi rumah sakit memiliki staf yang beragam, bergantung pada tipe dan kebutuhan rumah sakit.¹⁸⁸

a. Pengawasan Mutu Makanan Rumah Sakit

Pengawasan mutu adalah pemantauan kualitas dengan tujuan terjaminnya keakuratan pelayanan gizi serta ketepatan hasil. Setiap rumah sakit berusaha meningkatkan pelayanannya dalam segala aspek, sama halnya RSUD Muhammad Sani ingin meningkatkan mutu pelayanan agar mampu bersaing untuk memberikan pelayanan kesehatan paling terbaik. Selain pelayanan kesehatan, rumah sakit memberikan pelayanan gizi kepada pasien dalam bentuk pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan gizi pasien. Untuk memberikan pelayanan gizi, rumah sakit mempunyai fasilitas gizi dan dapur persediaan makanan. Permasalahan pangan cukup mendalam, jika disandingkan bersama permasalahan yang lainnya terutama laju pertumbuhan penduduk. Dalam menghadapi masalah pangan, kita perlu memiliki sistem pangan yang stabil. Secara umum, sistem pangan terdiri dari tiga subsistem utama: subsistem produksi, subsistem pengadaan, dan subsistem konsumsi.¹⁸⁹

Pengelolaan pangan dapat menjadi sarana peningkatan status gizi masyarakat apabila suatu instansi mampu menyediakan pangan yang sesuai dengan prinsip dasar pengelolaan pangan, diantaranya tersedia pangan yang memenuhi jenis dan total zat gizi yang dibutuhkan konsumen, pangan yang mempunyai kualitas rasa yang unggul, dan pangan sesuai persyaratan hygiene dan sanitasi. Makanan yang berkualitas adalah pangan yang telah diseleksi, disiapkan dan disediakan dan terhindar dari bahaya mikrobiologis dan kimiawi sehingga nilai gizinya tetap terjaga, dapat diterima dan aman untuk dikonsumsi. PP Nomor 28 tahun 2004 menyebutkan mutu pangan

¹⁸⁸ Naela Afiya et al., “Analisis Pengelolaan Manajemen Logistik Obat Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2021” 3, no. 02 (2022): 138–45.

¹⁸⁹ Sri Siska Simbo et al., “Analisis Sistem Manajemen Logistik Makanan Di Instalasi Gizi Rsud Toto Kabila The Analysis Of The Food Logistics Management System At The Toto Kabila Hospital Nutrition” 4, no. 1 (2024): 29–35.

merujuk pada nilai yang ditetapkan berdasarkan standar keamanan pangan, nilai gizi, serta standar bahan makanan dan minuman. Kelayakan pangan adalah kondisi dimana pangan tidak mengalami kerusakan, kebusukan, kontaminasi, pencemaran, atau pembusukan. Kualitas pangan melibatkan keadaan dan langkah agar menghindari risiko pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, dan benda asing yang dapat mengganggu, merugikan, atau menimbulkan risiko bagi kesehatan manusia.¹⁹⁰

b. Pengawasan Mutu Bahan Baku

Bahan baku makanan menjadi faktor yang paling penting dalam mendapatkan kualitas produk yang dihasilkan. Semakin berkualitas bahan pokok yang dipakai maka produk akhir yang didapatkan pun semakin baik. Oleh karena itu, dilakukan pengawasan mutu bahan baku sehingga makanan yang dihasilkan berkualitas baik dan memenuhi persyaratan. Pengawasan mutu bahan baku diawali dengan pengecekan nomor PO. Pengecekan nomor PO dilakukan agar barang yang diterima sesuai dengan permintaan dan juga sebagai bukti tanda terima barang yang dipesan. Dilanjutkan dengan pengecekan ada/tidaknya sertifikat halal. Hal ini dilakukan untuk menjamin kehalalan produk yang dihasilkan serta sebagai bentuk penerapan kebijakan halal yang sudah ditetapkan perusahaan. Pengecekan berikutnya yaitu identifikasi produk. Hal ini dilakukan untuk memastikan apakah produk yang diterima sesuai dan layak untuk digunakan. Dilihat dari kemasan yang bersih, tidak rusak dan memiliki logo halal. Menurut Kaban (2014) kemasan yang tidak mudah rusak dapat mempertahankan kualitas produk dengan baik. Oleh karena itu produk dengan kemasan yang tidak rusak sangat penting untuk menjaga kualitas bahan baku.¹⁹¹

Kelayakan produk yang diterima juga dilihat dari tanggal kedaluwarsanya, hal ini sesuai dengan kebijakan pelayanan gizi RSUD Muhammad Sani mengenai Hyigene makanan dan minuman. Pada ruang penyimpanan, rak harus cukup luas dan mudah digeser agar mudah

¹⁹⁰ Fairuz Irdina Ramadhanti, Raden Siti Nurlaela, dan Muhammad Fakih Kurniawan, "Pengawasan Mutu Makanan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muhammad Sani , Tanjung Balai Karimun – Kepulauan Riau" 3 (2024): 11469–77.

¹⁹¹ Christine F Mamuaja, *Pengawasan Mutu Dan Keamanan Pangan*, n.d.

dibersihkan. Suhu ruangan sebaiknya sekitar 19-20°C untuk bahan makanan kering, dan sekitar 0-10°C untuk bahan makanan segar atau basah. Hindari ruangan yang gelap dan lembab, karena kondisi ini memudahkan munculnya hama pada tepung-tepungan dan bumbu. Jendela yang terdapat di dapur sebaiknya dapat digeser dan memiliki tirai buram untuk melindungi makanan dari efek berbahaya sinar matahari. Hal ini sesuai dengan yang terdapat pada instalasi gizi RSUD Muhammad Sani dan kebijakan pelayanan gizi RSUD Muhammad Sani mengenai penerimaan, penyimpanan, dan penanganan bahan makanan.¹⁹²

c. Pengawasan Mutu Akhir Produk

Masakan mencakup makanan pokok, lauk pauk, sayuran, sambal, sedap-sedapan, dan minuman. Di Indonesia, waktu makan dikelompokkan atas tiga kategori berdasarkan waktu penyajiannya, yaitu makan pagi, makan siang, dan makan malam. Tujuan pengolahan pangan yaitu mengurangi risiko hilangnya kandungan nutrisi, memperbaiki penyerapan nutrisi, menjaga mutu sensori makanan, menghilangkan organisme mikroskopis dan zat yang menyebabkan bahaya dalam makanan, serta menstabilkan kandungan nutrisi ketika diolah bersama pangan lainnya. Pengolahan yang tepat dapat mempertahankan kualitas pangan, sedangkan jika diolah tidak tepat memungkinkan kehilangan nutrisi yang berlebih. Berdasarkan uji organoleptik produk makanan di instalasi gizi RSUD Muhammad Sani untuk aroma, rasa, dan tekstur makanan sudah sesuai standar. Tidak ada benda asing, dan bentuknya normal. Makanan disajikan dengan wadah terpisah dan tertutup untuk menghindari kontaminasi silang, sesuai dengan kebijakan penyajian makanan yang benar. Makanan berat disimpan dalam wadah tertutup yang dipisahkan antara makanan berkuah dan makanan tidak berkuah. Penting untuk memastikan kesesuaian makanan bersama siklus menu atau dengan pilihan makanan yang diinginkan setiap harinya sudah tepat, hal ini sudah sesuai dengan aturan permenkes RI (2013) dan kebijakan pelayanan gizi RSUD Muhammad Sani

¹⁹² Nurhaedar Jafar Erni Mustafa, Veni Hadju, "Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Makanan Di Rumah Sakit Umum (Rsud) Mamuju Provinsi Sulawesi Barat," n.d.

mengenai standar menu makanan pasien sesuai dengan kebutuhan gizi serta cita rasa. Wadah dalam keadaan utuh dan sesuai takaran. Makanan didistribusikan dengan heat warmer tertutup, namun jalur distribusi belum sesuai peraturan karena belum ada jalur khusus. Menurut Assauri(2004), pengawasan mutu adalah aktivitas untuk memastikan proses produksi sesuai rencana dan memperbaiki kesalahan agar rencana tetap berjalan. Pengendalian mutu di RSUD Muhammad Sani telah diterapkan dengan baik pada setiap produk akhir makanan.¹⁹³

d. Penerapan Sistem Informasi Logistik

a. Sistem Logistik

Sistem logistik merujuk pada serangkaian proses, aktivitas, dan fungsi yang terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian aliran barang dan jasa dari titik awal hingga titik akhir dalam rantai pasokan . Ini melibatkan proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian yang melintasi berbagai tahapan rantai pasokan. Komponen Sistem Logistik:

1. Perencanaan Logistik: Melibatkan aktivitas seperti peramalan permintaan, pengelolaan persediaan, penjadwalan produksi, dan perencanaan distribusi.
2. Pengadaan: Proses pemesanan, pembelian, dan penerimaan bahan baku atau komponen yang diperlukan untuk produksi atau distribusi.
3. Produksi: Transformasi bahan baku menjadi produk jadi melalui proses manufaktur.
4. Distribusi: Pengiriman barang dari pabrik atau pusat distribusi ke titik penjualan atau konsumen akhir.
5. Pengendalian: Monitoring dan pengelolaan aktivitas logistik, termasuk pengawasan persediaan, pemantauan kinerja pengiriman, dan penanganan masalah yang mungkin timbul.¹⁹⁴

¹⁹³ Nur Al-faida et al., “Analisis Sistem Penyelenggaraan Makanan Di Instalasi Gizi Berdasarkan Standar Pedoman Gizi Rumah Sakit (PGRS)” 7 (2022): 43–56.

¹⁹⁴ Ari Soeti Yani, “Pengaruh Perencanaan Kebutuhan Bahan Baku Dan Pengawasan Mutu Bahan Baku Terhadap Kelancaran Proses Produksi Pada Industri Otomotif” 13 (2017): 169–76.

b. Sistem Informasi Logistik

Sistem Informasi Logistik adalah rangkaian proses, perangkat lunak, dan teknologi yang digunakan untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, menganalisis, dan menyebarkan informasi yang berkaitan dengan aktivitas logistik, termasuk pengelolaan persediaan, transportasi, pergudangan, dan manajemen pesanan.¹⁹⁵

Komponen Sistem Informasi Logistik:

1. Perangkat Keras (Hardware): Termasuk komputer, perangkat penyimpanan data, perangkat jaringan, dan perangkat keras lainnya yang diperlukan untuk operasi sistem.
2. Perangkat Lunak (Software): Meliputi aplikasi manajemen persediaan, perangkat lunak pelacakan pesanan, perangkat lunak manajemen pergudangan, dan sistem manajemen transportasi.
3. Jaringan (Network): Infrastruktur komunikasi yang memungkinkan pertukaran data antara berbagai elemen dalam rantai pasokan.
4. Data: Informasi yang dihasilkan, disimpan, dan dikelola oleh sistem, termasuk data persediaan, data pesanan, data pengiriman, dan data performa.¹⁹⁶

c. Peran Kelembagaan Logistik

Kelembagaan logistik memiliki peran yang signifikan dalam pengembangan dan implementasi sistem informasi logistik. Berikut adalah beberapa cara di mana kelembagaan logistik mempengaruhi pengembangan dan implementasi sistem informasi logistik:

1. Koordinasi dan Kolaborasi Antarlembaga

Kelembagaan logistik seringkali terdiri dari berbagai entitas, seperti pemerintah, perusahaan swasta, otoritas pelabuhan, lembaga keuangan, dan lain-lain. Koordinasi dan kolaborasi antarlembaga merupakan kunci dalam pengembangan sistem informasi logistik yang efektif. Setiap entitas dalam kelembagaan logistik perlu

¹⁹⁵ Lisa Fitri et al., "Pengawasan Mutu Dalam Meningkatkan Volume Produksi" 1, no. 1 (2018).

¹⁹⁶ Ramdan Nurul Anwar Ilham Budiman, Sopyan Sori, "ANALISIS PENGENDALIAN MUTU DI BIDANG INDUSTRI MAKANAN" 1, no. 10 (2021).

berpartisipasi aktif dalam merancang, mengimplementasikan, dan memelihara sistem informasi logistik agar keseluruhan rantai pasokan dapat berjalan dengan lancar.

2. Pengaturan Kebijakan dan Standar

Kelembagaan logistik seringkali bertanggung jawab untuk merumuskan kebijakan dan standar yang berkaitan dengan penggunaan sistem informasi logistik. Penetapan standar dan kebijakan yang jelas dapat membantu dalam menyelaraskan upaya pengembangan sistem informasi logistik di seluruh sektor logistik. Hal ini juga dapat membantu dalam memastikan interoperabilitas antara sistem informasi yang berbeda.¹⁹⁷

3. Alokasi Sumber Daya

Kelembagaan logistik memiliki peran dalam alokasi sumber daya yang diperlukan untuk pengembangan dan implementasi sistem informasi logistik. Hal ini termasuk alokasi anggaran, tenaga kerja, infrastruktur, dan teknologi yang dibutuhkan untuk membangun dan menjaga sistem informasi logistik yang efektif dan efisien.

4. Pendidikan dan Pelatihan

Kelembagaan logistik dapat memberikan pendidikan dan pelatihan kepada para pemangku kepentingan mengenai penggunaan sistem informasi logistik. Pelatihan yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam menggunakan sistem informasi logistik, sehingga sistem tersebut dapat dimanfaatkan secara maksimal.

5. Pengawasan dan Evaluasi

Kelembagaan logistik juga bertanggung jawab untuk mengawasi dan mengevaluasi kinerja sistem informasi logistik yang telah diimplementasikan. Pengawasan dan evaluasi yang teratur dapat membantu dalam mengidentifikasi masalah atau kekurangan dalam

¹⁹⁷ Titin Aryani, Novita Eka Putri, dan Yeni Rahmawati, “Pengawasan Mutu Pemeriksaan Kolesterol dan Trigliserida Menggunakan Bahan Kontrol Komersial Setelah Penyimpanan Suhu Ruang Quality Control of Cholesterol and Triglyceride Testing Using Commercial Control Materials After Room Temperature Storage” 7, no. 10 (2024): 3712–18, <https://doi.org/10.56338/jks.v7i10.5578>.

sistem informasi logistik sehingga perbaikan dapat dilakukan secara tepat waktu.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Wien Dyahrini Asep Sudrajat, Dede Hertina, “Sistem Logistik Di Indonesia : Tinjauan Kelembagaan Dan Sistem Informasi” 7, no. 2 (2024): 283–97.

BAB VII

MANAJEMEN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

A. Konsep Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan Kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental dalam system pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan, kepuasan, dan pemenuhan hak pasien berdasarkan pada standar dan kode etik. Pelayanan yang bermutu tidak hanya mencerminkan keberhasilan penyelenggaraan layanan secara klinis, tetapi juga memperhatikan aspek etika, profesionalisme, efektifitas, efisiensi, dan kepuasan pengguna layanan. Peningkatan mutu pelayanan Kesehatan menjadi tuntutan global, seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hak atas layanan yang aman dan berkualitas. Organisasi kesehatan dunia (WHO) menegaskan bahwa pelayanan Kesehatan yang bermutu adalah layanan yang meningkatkan kemungkinan hasil Kesehatan yang diinginkan, sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, serta selaras dengan harapan masyarakat. Pendekatan terhadap mutu pelayanan Kesehatan meliputi dimensi yang luas, termasuk keselamatan pasien (patient safety), efektifitas pelayanan, efisiensi sumber daya, aksesibilitas, kesinambungan layanan, serta penghormatan terhadap nilai dan preferensi pasien. Ada 7 dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut kemenkes.¹⁹⁹

DIMENSI MUTU PELAYANAN KESEHATAN



Menejemen mutu merupakan salah satu aspek fundamental dalam upaya peningkatan daya saing organisasi di era globalisasi. Dengan semakin

¹⁹⁹ Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners et al., *Pelayanan Kesehatan*.

berkembangnya teknologi informasi, paradigma manajemen mutu pun mengalami transformasi yang signifikan. Teknologi informasi tidak hanya berperan sebagai alat bantu tetapi juga sebagai fondasi utama dalam mendukung proses perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi mutu. Menurut undang-undang Kesehatan tahun 2023, pengendalian mutu pelayanan Kesehatan dilakukan dengan melakukan pengendalian terhadap mutu dan biaya dengan memperhatikan keselamatan pasien. Pengendalian mutu dan biaya pelayanan Kesehatan menjadi tanggung jawab fasilitas pelayanan Kesehatan dibawah pengawasan dan pembinaan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Fasilitas pelayanan Kesehatan terdiri atas rumah sakit, tempat praktik mandiri dokter, klinik, pusat Kesehatan masyarakat, laboratorium dan unit transfusi darah yang harus memenuhi indikator mutu pelayanan dan memastikan diterapkan sesuai dengan standar yang ditetapkan.²⁰⁰

Keselamatan pasien merupakan isu global yang menjadi indikator utama dalam mutu pelayanan kesehatan. World Health Organization (WHO) menekankan bahwa patient safety adalah upaya mengurangi resiko kesalahan dan dampak merugikan yang dapat dicegah. Di Indonesia, program keselamatan pasien diatur dalam permenkes No. 11 Tahun 2017 yang diperkuat oleh standar akreditasi rumah sakit

a. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan nasional adalah suatu system yang didesain untuk memberikan perlindungan dan akses yang merata terhadap pelayanan Kesehatan bagi seluruh penduduk suatu negara. Tujuan utama dari jaminan Kesehatan nasional adalah untuk meningkatkan Kesehatan masyarakat secara menyeluruh, serta melindungi individu dan keluarga dari beban finansial yang berat akibat biaya perawatan Kesehatan. Manajemen mutu pelayanan Kesehatan merupakan pendekatan sistematis yang bertujuan

²⁰⁰ Yuniawati et al., "PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT HERMINA ARCAMANIK TAHUN 2025 keselamatan pasien di RS Hermina Manajemen Mutu Terpadu (TQM) Arcamanik Bandung pada Mei – Juli 2025 . sampling , terdiri dari pimpinan rumah sakit , informed consent , kerahasiaan d."

untuk memastikan bahwa pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada pasien memenuhi standar yang ditetapkan, aman, efektif, dan memberikan kepuasan kepada pasien. Manajemen mutu pelayanan Kesehatan meliputi rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan peningkatan mutu pelayanan. Penerapan manajemen mutu pelayanan Kesehatan di era jaminan Kesehatan nasional untuk meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi kesalahan medis, meningkatkan efisiensi, dan meningkatkan hasil Kesehatan secara keseluruhan. Manajemen mutu pelayanan Kesehatan juga melibatkan partisipasi aktif semua pemangku kepentingan, termasuk penyedia layanan Kesehatan, pemerintah dan pasien. Pada era modern ini, kualitas layanan Kesehatan menjadi salah satu aspek yang sangat penting dalam mencapai tujuan pembangunan sector Kesehatan. Peningkatan kesadaran akan pentingnya pelayanan Kesehatan berkualitas telah mendorong berbagai negara, termasuk Indonesia untuk mengimplementasikan program jaminan Kesehatan nasional.²⁰¹

Menurut peraturan pemerintah (pp) nomor 28 tahun 2024 mengatur pelaksanaan undang-undang no.17 tahun 2017 tentang Kesehatan. Pp ini memberikan rincian dan penjelasan lebih terkait berbagai aspek Kesehatan, seperti penyelenggaraan upaya Kesehatan, pengelolaan tenaga Kesehatan, fasilitas pelayanan Kesehatan, kefarmasian alat Kesehatan, perbekalan Kesehatan, dan system informasi Kesehatan. UU No.24 tahun 2011 tentang badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) mengatur pembentukan badan penyelenggaraan jaminan sosial yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS ketenaga kerjaan. BPJS Kesehatan nasional (JKN) sedangkan BPJS ketenagakerjaan mengelola jaminan kecelakaan kerja (JKK), jaminan hari tua (JHT), jaminan pasien (JP), dan jaminan kematian (JKM).²⁰² Pelayanan Kesehatan yang baik merupakan suatu kebutuhan masyarakat dan sering kali menjadi ukuran dalam keberhasilan pembangunan. Ada beberapa factor yang dapat memengaruhi perilaku

²⁰¹ Dinata dan Agustina, "MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL."

²⁰² Hutabarat, Mawarni, dan Gurning, "Analisis Pemanfaatan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kesehatan Di Indonesia: A Literature Review:"

individu dalam memanfaatkan pelayanan Kesehatan antara lain tingkat Pendidikan, pekerjaan, keterjangkauan fasilitas pelayanan, perilaku petugas Kesehatan, serta persepsi masyarakat. Apabila pelayanan Kesehatan yang diberikan baik maka akan semakin banyak peserta BPJS Kesehatan yang memanfaatkan pelayanan Kesehatan, namun dapat terjadi sebaliknya jika pelayanan dirasakan kurang memadai.

b. Kualitas Mutu Pelayanan Kesehatan Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini berkembang sangat pesat. Masyarakat semakin sadar akan pentingnya kesehatan dan ingin mendapatkan layanan yang lebih baik seiring dengan perkembangan zaman. Jumlah fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik juga terus meningkat di berbagai daerah. Dengan semakin banyaknya fasilitas kesehatan yang tersedia, persaingan dalam penyediaan sarana dan prasarana juga semakin ketat. Setiap fasilitas berusaha meningkatkan mutu layanan, kelengkapan alat kesehatan, serta kenyamanan bagi pasien agar menjadi pilihan utama masyarakat. Menurut definisi komisi pendidikan administrasi kesehatan Amerika Serikat, terdapat 5 faktor utama yang berperan penting dalam menentukan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu masukan (input), proses (process), keluaran (output), sasaran (target), serta dampak (impact). Kualitas pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dalam penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien.²⁰³

Pelayanan yang bagus itu wajib diberikan karena setiap pasien punya hak untuk mendapatkan layanan terbaik. Selain itu, kalau suatu rumah sakit atau puskesmas memberikan pelayanan yang baik, mereka bisa lebih dipercaya dan lebih unggul dibanding tempat lain. Kualitas pelayanan sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Kalau pelayanannya baik, pasien pasti merasa puas. Sebaliknya, kalau pelayanan buruk, ya otomatis pasien

²⁰³ Istiqamah dan Mujtahidah, “Analisis Kualitas Mutu Pelayanan Kesehatan Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan (Literatur Review).”

juga kecewa. Dalam hal ini, setiap fasilitas pelayanan Kesehatan sangat mungkin untuk menerapkan strategi manajemen mutu, termasuk menambahkan pelayanan PCC (Patient centered care). Pelayanan PCC adalah layanan Kesehatan yang menempatkan pasien sebagai pusat perhatian dimana dokter, pasien dan keluarga bekerja sama dan saling berinteraksi untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien. Menurut Herlambang, mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan suatu layanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan dan standar profesi. Mutu tersebut dicapai dengan memanfaatkan sumber daya yang ada di rumah sakit atau puskesmas secara efisien, wajar, efektif, aman, dan mampu memberikan kepuasan kepada pasien. masyarakat sebagai pengguna layanan.²⁰⁴

Ada beberapa kualitas layanan Kesehatan yaitu:

1. Kualitas Layanan Kesehatan Di Puskesmas

Pusat Layanan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu pelayanan publik yang bergerak dibidang kesehatan yang diselenggarakan oleh negara, yang memiliki tugas utama yaitu membina masyarakat sekitar untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan memberikan layanan Kesehatan bagi masyarakat sekitar demi terwujudnya pemberian pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Pemerintah memiliki peran sebagai pelayan publik bagi seluruh masyarakat. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 Ayat (3) yang menyatakan bahwa negara bertanggung jawab menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Saat ini, terdapat berbagai jenis fasilitas pelayanan publik yang disediakan pemerintah, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, dan ketenagakerjaan. Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang dekat dengan masyarakat adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas berfungsi sebagai pusat layanan kesehatan tingkat pertama, yang harus mampu memberikan pelayanan

²⁰⁴ Kholik et al., "Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Manajemen Mutu di Puskesmas Kota Medan Dimensions of Quality Health Services Based on Quality Management at the Medan City Health Center."

yang maksimal, berkualitas, dan bermutu. Kewajiban ini juga ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, yang menyatakan bahwa negara berkewajiban melayani setiap warga negara untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasar mereka. Pelayanan publik merupakan amanat konstitusi, yaitu untuk membangun kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh penyelenggara layanan publik. Oleh karena itu, penyelenggara layanan, termasuk Puskesmas, harus terus meningkatkan mutu pelayanan agar memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat.²⁰⁵ Masyarakat menilai kualitas pelayanan publik berdasarkan pengalaman mereka ketika menerima layanan dari aparatur pemerintah, kemudian membandingkannya dengan harapan dan kebutuhan yang seharusnya mereka dapatkan. Untuk mewujudkan tanggung jawab negara dalam memberikan pelayanan publik yang baik, diperlukan aturan hukum yang jelas, Aturan tersebut berfungsi untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan prinsip-prinsip pemerintahan yang baik serta untuk melindungi masyarakat dari kemungkinan penyalahgunaan wewenang dalam proses pelayanan. Puskesmas sendiri merupakan salah satu instansi kesehatan milik pemerintah daerah (kabupaten/kota) yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas dituntut mampu memberikan pelayanan yang mudah diakses, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.²⁰⁶

Pelayanan Kesehatan dapat di ukur dari 5 dimensi utama yaitu:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| a. Tangible/Wujud | b. Reability/Keandalan |
| c. Responsiveness/Daya Tanggap | d. Assurance/Jaminan |
| e. Emphaty/Empati. | |

²⁰⁵ Nasution, Kurniansyah, dan Priyanti, "Nasution, I.F.Z, Kurniansyah, D, Priyanti E. 2021. 'Analisis Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).' Universitas Singaperbangsa Karawang."

²⁰⁶ Ajeng Anindya Murtini & Anggraeny Puspaningtyas, "Volume 17 Nomor 2 Desember 2023 Kualitas Pelayanan Puskesmas Terhadap Tingkat Kepuasan Masyarakat di Kecamatan Purwosari Kabupaten Bojonegoro."

Dimensi-dimensi ini secara umum dapat digunakan untuk mengevaluasi pelayanan di berbagai jenis fasilitas kesehatan, termasuk Puskesmas. Pelayanan kesehatan adalah salah satu hak dasar yang wajib dipenuhi oleh negara bagi seluruh warganya. Puskesmas sebagai layanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung sistem kesehatan di Indonesia. Puskesmas bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap dan menyeluruh kepada masyarakat, terutama bagi mereka yang tinggal di wilayah pedesaan. Keberhasilan Puskesmas dalam menjalankan fungsinya sangat dipengaruhi oleh kemampuan mereka dalam memenuhi harapan masyarakat. Oleh karena itu, kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas biasanya dilihat dari tingkat kepuasan masyarakat yang menggunakan layanan tersebut. Semakin tinggi kepuasan masyarakat, semakin baik pula mutu pelayanan yang diberikan Puskesmas.²⁰⁷

2. Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah tempat pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh tenaga medis profesional dengan dukungan fasilitas yang lengkap dan terorganisir. Rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan yang memberikan layanan secara lengkap untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Di dalamnya terdapat layanan pemeriksaan, perawatan, diagnosis, hingga pengobatan bagi pasien secara terus-menerus. Saat ini, rumah sakit menawarkan berbagai jenis layanan untuk memberikan pelayanan terbaik dan menjaga kepercayaan serta loyalitas pasien. Salah satu layanan yang menjadi perhatian penting adalah pelayanan rawat jalan. Jumlah pasien rawat jalan biasanya lebih banyak dibandingkan dengan layanan lainnya, sehingga menjadi fokus utama bagi manajemen rumah sakit. Mutu pelayanan yang baik bukan hanya dilihat dari fasilitas yang mewah, teknologi yang canggih, atau tampilan fisik rumah sakit, tetapi juga dari sikap dan perilaku para karyawan yang harus menunjukkan profesionalisme dan komitmen tinggi. Kepuasan pasien

²⁰⁷ Ramdani, "Analisis Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Desa Parigi Kecamatan Cikampe."

menjadi gambaran dari kualitas pelayanan yang mereka terima. Mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai tingkat kesempurnaan layanan yang mampu membuat pasien merasa puas. Semakin tinggi tingkat kepuasan pasien, maka semakin baik pula mutu pelayanan rumah sakit. Namun, pelayanan yang dianggap sudah baik oleh rumah sakit belum tentu membuat pasien merasa puas sepenuhnya. Salah satu ciri dari Rumah Sakit yang membedakan dengan fasilitas pelayanan lainnya adalah adanya pelayan medik. Pelayanan medik di rumah sakit memiliki kontribusi yang cukup besar dan menentukan ditinjau dari berbagai aspek, antara lain yaitu aspek jenis pelayanan, aspek keuangan, pemasaran, etika dan hukum maupun administrasi dan manajemen Rumah Sakit itu sendiri. Kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien adalah dua hal yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan saat ini. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), mutu pelayanan kesehatan adalah layanan yang mampu meningkatkan kesehatan pasien secara konsisten, sesuai dengan harapan dan kebutuhan mereka, serta berdasarkan bukti ilmiah yang terbaru.²⁰⁸

c. Standar & Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Akreditasi merupakan langkah penting dalam meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan kesehatan pada setiap fasilitas kesehatan. Berbagai faktor dapat memengaruhi keberhasilan akreditasi, antara lain kualitas sumber daya manusia, ketersediaan anggaran, kelengkapan fasilitas kesehatan, pelaksanaan tindakan medis maupun nonmedis, kebijakan yang diterapkan, serta sistem manajemen yang berjalan. Semua faktor tersebut menjadi indikator penting yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.²⁰⁹

Pengarahan dan pengendalian mutu pelayanan kesehatan sangat perlu dilakukan melalui sistem manajemen mutu. Kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu input, proses, dan

²⁰⁸ Supartiningsih, "Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit: Kasus Pada Pasien Rawat Jalan."

²⁰⁹ Octavia, "Pengaruh Akreditasi Terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan : Literature Review."

lingkungan. Pada aspek input, faktor yang berpengaruh meliputi ketersediaan sumber daya manusia, kecukupan anggaran, serta kelengkapan fasilitas kesehatan. Selanjutnya, pada aspek proses, kualitas pelayanan dipengaruhi oleh pelaksanaan tindakan medis dan nonmedis yang diberikan kepada pasien. Sementara itu, faktor lingkungan meliputi organisasi, kebijakan, dan manajemen yang diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan. Apabila kualitas pelayanan kesehatan buruk, maka dampaknya dapat menurunkan kepercayaan masyarakat, mengurangi dukungan anggaran, bahkan dapat menyebabkan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit mengalami kebangkrutan.²¹⁰

Pelaksanaan akreditasi membawa pengaruh yang besar terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Akreditasi dapat memberikan dampak positif maupun negatif bagi fasilitas kesehatan. Dampak positifnya adalah sarana dan prasarana menjadi lebih lengkap dan tertata sehingga meningkatkan kepuasan serta keselamatan pasien. Selain itu, pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan juga meningkat, sehingga mereka dapat memberikan pelayanan dengan sikap yang lebih ramah dan profesional. Pelayanan kesehatan juga menjadi lebih handal (reliability), cepat tanggap (responsiveness), memiliki bukti fisik yang memadai (tangibles), menunjukkan kepedulian (empathy), serta memberikan rasa aman dan jaminan kepada pasien (assurance). Namun, akreditasi juga dapat menimbulkan dampak negatif. Salah satunya adalah meningkatnya beban kerja bagi tenaga kesehatan karena banyaknya dokumen, prosedur, dan standar yang harus dipenuhi. Akreditasi rumah sakit juga menandakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya memiliki kondisi fisik yang baik, tetapi juga memiliki tim medis dan nonmedis yang kompak dan bertanggung jawab.²¹¹

Dengan akreditasi, rumah sakit berpeluang untuk terus mengembangkan kualitas pelayanannya hingga setara standar internasional.

²¹⁰ Primasa dan Kosasih, "Pengaruh Penerapan Standar Akreditasi Terhadap Mutu dan Keselamatan Pasien."

²¹¹ Mochammad Malik Ibrahim', Azka Himatul Ulya, Cahya Arum Yuwantika, Muhammad Arika, Ria Irmanda Putri Melani dan Puspita", "Pengaruh Akreditasi Rumah Sakit Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan."

Namun, untuk mencapai hal tersebut diperlukan komitmen yang kuat dari seluruh tenaga kesehatan, baik dalam menjalankan tugas maupun dalam menjaga tanggung jawab. Dengan adanya komitmen dan kerja sama yang baik, organisasi di rumah sakit dapat berjalan efektif dan memberikan kontribusi positif dalam menjaga keselamatan pasien. Terdapat beberapa jenis akreditasi dalam pelayanan kesehatan yaitu:²¹²

1. Akreditasi Rumah Sakit

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit merupakan kebijakan yang digunakan untuk menilai apakah sebuah rumah sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan oleh pemerintah atau tidak. Selain itu, akreditasi juga berfungsi sebagai bentuk pertanggung jawaban rumah sakit terhadap mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Pengaruh akreditasi terhadap mutu pelayanan kesehatan biasanya membawa dampak positif. Dengan adanya akreditasi, rumah sakit didorong untuk terus melakukan perubahan dan peningkatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Rumah sakit yang memiliki tingkat akreditasi baik umumnya memiliki fasilitas serta sarana dan prasarana yang lebih lengkap dan memadai. Hal ini sangat membantu dalam mendukung proses pelayanan dan meningkatkan kepuasan pengguna layanan Kesehatan. Dengan kata lain, semakin baik tingkat akreditasi suatu rumah sakit, semakin baik pula mutu pelayanan yang dapat dirasakan oleh pasien.²¹³

2. Akreditasi Puskesmas & Klinik

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berfungsi memberikan pelayanan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan. Akreditasi pada Puskesmas sangat berkaitan dengan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Dalam standar penilaian akreditasi Puskesmas, terdapat komponen Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) yang menekankan

²¹² Nurul Qalbi Awalia, Mansyur Sutolipu, "GAMBARAN KEPUASAN PASIEN BERDASARKAN STATUS AKREDITASI DI AcceptedTanggalBulanTahun."

²¹³ Khaulla Miandi dan Peristiwati, "Pengaruh Akreditasi Untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Studi Sistematis Review)."

bahwa peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas harus sesuai dengan nilai-nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas. Hal tersebut harus dipahami dan dilaksanakan oleh pimpinan Puskesmas, penanggung jawab upaya kesehatan, serta seluruh pelaksana pelayanan. Melalui pelaksanaan akreditasi, manajemen Puskesmas diharapkan mampu menerapkan prosedur standar secara baik dan konsisten, sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya. Kualitas pelayanan yang diberikan akan membentuk persepsi pasien terhadap Puskesmas. Jika pelayanannya baik, maka persepsi pasien pun akan positif. Akreditasi Puskesmas dapat memberikan dampak positif, seperti meningkatnya mutu pelayanan, meningkatnya keselamatan pasien, meningkatnya profesionalitas tenaga kesehatan, serta meningkatnya kepercayaan masyarakat. Namun, akreditasi juga dapat memiliki dampak negatif, misalnya meningkatnya beban kerja staf dan kesulitan bagi Puskesmas yang memiliki fasilitas terbatas dalam memenuhi seluruh standar yang ditetapkan.²¹⁴

Tujuan utama dari akreditasi Puskesmas adalah untuk melakukan pembinaan dan peningkatan mutu layanan serta kinerja Puskesmas secara terus-menerus. Akreditasi bukan hanya sekadar penilaian untuk mendapatkan sertifikat, tetapi lebih pada upaya untuk memperbaiki pelayanan melalui penerapan sistem manajemen mutu dan manajemen risiko, serta penyelenggaraan program pelayanan kesehatan yang lebih baik dan terarah.²¹⁵

B. Keselamatan Pasien Dan Pelaporan Insiden Keselamatan

Keselamatan pasien adalah upaya rumah sakit untuk memastikan setiap pasien mendapatkan pelayanan yang aman. Dalam upaya ini berarti rumah sakit memiliki sistem yang bekerja untuk mengenali risiko, mencegah kesalahan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya cedera pada pasien. Dalam sistem tersebut, rumah sakit melakukan beberapa hal penting,

²¹⁴ Agustina N, "Mutu Pelayanan Puskesmas Dengan Status Akreditasi Di Puskesmas."

²¹⁵ anggi novitasari, "Implementasi kebijakan akreditasi puskesmas dalam pelayanan bidang upaya kesehatan masyarakat(UKM)dipuskesmas huragi kabupatennpadang lawas."

seperti: menilai kemungkinan risiko, mengidentifikasi dan mengelola risiko yang dapat membahayakan pasien, melaporkan dan menganalisis setiap insiden atau kejadian yang tidak diinginkan, belajar dari insiden yang terjadi, dan menerapkan solusi agar kejadian yang sama tidak terulang lagi.²¹⁶

Budaya keselamatan pasien sangat penting karena menjadi salah satu penilaian utama dalam akreditasi rumah sakit. Jika budaya ini berjalan dengan baik, rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih aman dan lebih bermutu, sehingga peluang untuk mendapatkan predikat akreditasi yang baik juga semakin besar. Penerapan budaya ini dapat menentukan tingkat mutu dan nilai akreditasi yang diperoleh rumah sakit. Semakin banyak laporan insiden yang masuk, hal itu menunjukkan bahwa staf semakin terbuka dan sadar risiko, yang berarti program pelatihan keselamatan pasien mulai berjalan dengan baik. (WHO) juga menegaskan bahwa keselamatan pasien merupakan isu penting yang harus diperhatikan. Ada beberapa tujuan utama keselamatan pasien di rumah sakit adalah: Membangun budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Meningkatkan tanggung jawab (akuntabilitas) rumah sakit kepada pasien dan masyarakat. Menurunkan jumlah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Melaksanakan berbagai program pencegahan agar KTD tidak berulang.²¹⁷

Menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017, **insiden keselamatan pasien** adalah kejadian yang tidak disengaja dan bisa menyebabkan, atau hampir menyebabkan, cedera pada pasien—padahal sebenarnya hal itu bisa dicegah. Ada **lima jenis insiden keselamatan pasien**, yaitu:

- Kejadian Potensial Cedera (KPC) – kondisi yang berpotensi menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi.
- Kejadian Nyaris Cedera (KNC) – insiden yang hampir menyebabkan cedera, tetapi berhasil dicegah sebelum mengenai pasien.
- Kejadian Tidak Cedera (KTC) – insiden yang sudah terjadi tetapi tidak menimbulkan cedera pada pasien.

²¹⁶ Abgoria dan Masturoh, “Gambaran Pelaporan Internal Di Rumah Sakit Umum Daerah.”

²¹⁷ Sijabat dan Lita, “Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Terkait Pelaporan Insiden di Rumah Sakit XYZ Tahun 2024.”

- insiden yang menimbulkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
- Kejadian Sentinel – insiden serius yang menyebabkan kematian atau cedera berat, dan membutuhkan tindakan segera.

Di rumah sakit, insiden-insiden seperti ini masih sering terjadi karena setiap jenis pelayanan punya risikonya sendiri. Salah satu langkah penting untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah membangun sistem pelaporan insiden. Tujuan pelaporan ini bukan untuk menyalahkan siapa pun, tapi untuk mencari akar masalah dan mencegah agar kejadian yang sama tidak terulang lagi. Karena itu, setiap insiden yang terjadi di rumah sakit harus dilaporkan kepada Sub Komite atau Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) agar bisa ditindaklanjuti dan diperbaiki. Peningkatan jumlah insiden KNC (Kejadian Nyaris Cedera) dapat dipengaruhi oleh banyak hal, seperti faktor manusia, organisasi, dan teknologi. Beberapa penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa penyebab yang paling sering adalah ketidakpatuhan terhadap prosedur, kelelahan tenaga kesehatan, komunikasi yang kurang baik, serta keterbatasan sumber daya. Selain itu, sistem pelaporan insiden yang belum berjalan dengan baik juga membuat rumah sakit sulit mengidentifikasi masalah dan mencegah risiko yang sama terjadi lagi. Data dari Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa laporan KNC di rumah sakit terus meningkat setiap tahun. Hal ini menunjukkan bahwa penanganan yang lebih terstruktur dan sistematis sangat diperlukan. Segala hal yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan, proses kerja, biaya, dan aturan dalam pelayanan kesehatan termasuk dalam bagian dari proses pelayanan itu sendiri. Kurangnya kerja sama, minimnya dukungan tim, dan anggota tim yang tidak berkontribusi dapat membuat upaya keselamatan pasien tidak berjalan maksimal.²¹⁸

Faktor Yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

²¹⁸ Pratiwi dan Dhamanti, “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Nyaris Cedera di Rumah Sakit di Indonesia: Kajian Literatur.”

Pelaporan insiden keselamatan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh bagus atau tidaknya sistem pelaporan, tetapi juga oleh faktor individu, struktur organisasi, dan budaya kerja di rumah sakit. Secara umum, rendahnya pelaporan insiden di RSKP lebih banyak disebabkan oleh masalah struktural dan budaya kerja, bukan karena takut dilaporkan atau disalahkan. Sistem pelaporan yang digunakan juga menjadi perhatian. Ketidaksesuaian antara sistem pelaporan dengan pelaksanaannya di lapangan membuat tenaga kesehatan bingung dan sering terjadi kesalahan dalam proses pelaporan. Ada juga kasus di mana laporan tidak sampai ke komite mutu karena dikirim ke unit yang sebenarnya tidak berwenang menangani insiden. Di sisi lain, ada dua faktor yang menurut informan **tidak menjadi hambatan**, yaitu kerahasiaan pelaporan dan rasa takut akan konsekuensi pelaporan. Sebagian besar tenaga kesehatan merasa yakin bahwa rumah sakit sudah menjaga kerahasiaan identitas pelapor. Komite mutu dianggap mampu melindungi identitas pelapor secara internal, sehingga hal ini tidak membuat staf enggan melapor. Ketakutan akan hukuman juga bukan menjadi alasan utama bagi staf untuk tidak melapor. Meski kemungkinan adanya sanksi tetap ada, dalam kenyataannya rumah sakit tidak pernah memberikan hukuman formal kepada pelapor.²¹⁹

Salah satu cara untuk mencegah kesalahan yang sama terulang adalah dengan melaporkan insiden keselamatan pasien. Dengan adanya laporan, rumah sakit bisa melihat bagian pelayanan mana yang bermasalah dan apa yang perlu diperbaiki agar pasien lebih aman. Faktor resiko munculnya insiden, salah satunya, adalah kurangnya penerapan budaya pelaporan. Ada beberapa Pengelompokan faktor yang menghambat atau mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah sakit:

1. Faktor Individu

Faktor individu adalah hal-hal yang berasal dari diri seseorang dan bisa memengaruhi bagaimana ia bersikap atau berinteraksi. Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien, faktor ini sangat berpengaruh. Banyak tenaga kesehatan sebenarnya tahu pentingnya melapor, tapi mereka

²¹⁹ Analysis et al., "Analisis Determinan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien."

sering merasa takut. Mereka khawatir akan disalahkan, dimarahi, dihukum, diintimidasi, atau dianggap tidak kompeten kalau melaporkan insiden. Perasaan-perasaan inilah yang membuat mereka ragu atau bahkan tidak mau melapor.

2. Faktor Organisasi

Faktor organisasi adalah hal-hal dalam sebuah organisasi yang bisa memengaruhi tindakan setiap orang di dalamnya, baik secara individu maupun kelompok. Dalam konteks keselamatan pasien, pelaporan insiden sebenarnya adalah proses penting untuk membantu rumah sakit memperbaiki layanan dan mencegah kejadian yang sama terulang. Namun, ada beberapa masalah di tingkat organisasi yang justru membuat staf enggan melaporkan insiden. Salah satunya adalah tidak adanya umpan balik dari tim keselamatan pasien. Ketika laporan tidak ditanggapi atau tidak ada tindak lanjut yang jelas, staf jadi merasa laporan mereka sia-sia.

3. Faktor Pemerintah

Faktor pemerintah berkaitan dengan aturan atau regulasi yang dibuat untuk melindungi tenaga kesehatan yang melaporkan insiden. Perlindungan hukum ini sebenarnya sangat penting agar staf merasa aman saat membuat laporan.

Namun, ketika undang-undang tidak memberikan perlindungan yang jelas bagi pelapor, atau ketika pelaporan kesalahan medis justru bisa berujung pada hukuman atau tuntutan,²²⁰

C. Continuous Quality Improvement (CQI)

Peningkatan kualitas secara terus menerus, atau *Continuous Quality Improvement (CQI)*, adalah salah satu bagian penting dalam **Total Quality Management (TQM)**. TQM sendiri merupakan pendekatan manajemen yang berfokus pada upaya bersama seluruh bagian organisasi untuk mengembangkan, menjaga, dan meningkatkan mutu secara

²²⁰ Fauzan, Kasim, dan Ritonga, “Faktor-Faktor Penghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.”

berkelanjutan. Tujuannya adalah agar organisasi dapat menghasilkan produk atau layanan yang paling efisien, tetapi tetap mampu memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan. CQI pada dasarnya adalah sebuah cara berpikir atau filosofi yang menekankan bahwa kualitas yang baik tidak dicapai secara instan tetapi kualitas yang optimal dihasilkan melalui langkah-langkah perbaikan yang dilakukan secara sistematis, terukur, dan dilakukan terus menerus tanpa henti. Peningkatan kualitas adalah kebutuhan penting dalam berbagai bidang, seperti industri, perbankan, jasa, hingga pendidikan. **Continuous Quality Improvement (CQI)** merupakan sebuah filosofi manajemen yang meyakini bahwa setiap hal dalam organisasi selalu bisa diperbaiki. Melalui CQI, organisasi dapat menggunakan berbagai alat untuk meningkatkan program, membuat proses kerja lebih efektif, dan menciptakan lingkungan kerja yang lebih nyaman dan mendukung. Dalam konsep **CQI**, setiap orang didorong untuk bekerja sebaik mungkin di bidangnya masing-masing. Namun, keinginan untuk menjadi yang terbaik tetap harus realistis dan sesuai dengan kemampuan serta sumber daya yang ada.²²¹

Proses **CQI** berjalan melalui empat langkah yang disebut **Plan-Do-Study-Act (PDSA)**. Siklus PDSA ini merupakan teknik perbaikan yang sangat efektif karena dilakukan secara bertahap dan berulang. Langkah pertama adalah **Plan**, yaitu merencanakan apa yang ingin diperbaiki dan bagaimana cara melakukannya. Setelah itu masuk ke langkah **Do**, yaitu melaksanakan rencana yang sudah dibuat. Lalu, pada tahap **Study**, hasil pelaksanaan tadi dipelajari dan dievaluasi: apakah berjalan sesuai rencana atau ada perbedaan. Terakhir adalah **Act**, yaitu mengambil tindakan berdasarkan hasil evaluasi.²²²

TQM merupakan pendekatan dalam menjalankan usaha yang memaksimalkan daya saing organisasi memalui perbaikan terus menerus atas produk, jasa, tenaga kerja, proses dan lingkungannya. TQM merupakan metode yang cukup efektif dalam mengatasi kesalahan. Pengobatan

²²¹ Suganda et al., "jurnal administrasi kesehatan indonesia."

²²² Stahl, "Continuous Quality Improvement (CQI)."

merupakan metode yang secara terus menerus meningkatkan kualitas produk dan prosesnya atau Continuous Quality Improvement (CQI). Metode HCQI (Health Care Quality Improvement) merupakan bagian dari TQM yang fokus terhadap pelayanan kesehatan. Terdapat 10 unsur utama TQM diantaranya:

- 1) Fokus pada pelanggan
- 2) Obsesi terhadap kualitas.
- 3) Pendekatan ilmiah
- 4) Komitmen jangka Panjang
- 5) Kerja sama tim (teamwork)
- 6) Perbaikan sistem secara berkesinambungan
- 7) Pendidikan dan pelatihan
- 8) Kebebasan yang terkendali
- 9) Kesatuan tujuan
- 10) Adanya keterlibatan dan pemberdayaan karyawan²²³

Rumah sakit perlu memperbaiki pelayanannya secara terus-menerus antara lain dengan cara menerapkan Sistem Manajemen mutu. Salah satu prinsip manajemen mutu dalam **ISO 9000** adalah melakukan peningkatan mutu secara terus-menerus atau *Continuous Quality Improvement (CQI)*. CQI merupakan pendekatan yang digunakan organisasi untuk meningkatkan kinerja mereka dari waktu ke waktu. Rumah sakit dituntut untuk terus memperbaiki pelayanannya karena pasien atau pelanggan semakin kritis dalam menilai kualitas layanan yang mereka terima. Salah satu manfaat peningkatan kualitas layanan adalah meningkatkan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan perasaan yang timbul setelah pasien menerima pelayanan medis dan membandingkannya dengan apa yang diharapkan dari pelayanan tersebut.²²⁴

²²³ Kinerja et al., “analisis penerapan total quality management (TQM) untuk meningkatkan kinerja manajemen pada pt. bumi selaras asri (golden spiring dan meeting point) manado.”

²²⁴ Chatila Maharani, Tjahjono Kuntjoro, “evaluasi continuous quality improvement di rumah sakit yang mengimplementasikan sistem manajemen mutu ISO 9000 di indonesia.”

BAB VIII

MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT DAN PROMOSI KESEHATAN

Pendahuluan

Manajemen kesehatan masyarakat juga berperan memastikan bahwa pelayanan kesehatan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, terutama kelompok rentan seperti balita, ibu hamil, lansia, dan masyarakat berpenghasilan rendah. Proses manajemen tidak hanya berfokus pada penyediaan layanan, tetapi juga memastikan kualitas, efisiensi, dan keberlanjutan program-program kesehatan yang dilaksanakan. Dalam konteks ini, manajer kesehatan masyarakat harus mampu mengidentifikasi permasalahan kesehatan utama, mengalokasikan sumber daya secara tepat, serta membangun kolaborasi lintas sektor, karena persoalan kesehatan tidak dapat diselesaikan hanya oleh sektor kesehatan saja.

Di sisi lain, promosi kesehatan menekankan pentingnya perubahan perilaku sebagai kunci keberhasilan pembangunan kesehatan. Banyak penyakit yang dapat dicegah, seperti penyakit tidak menular, penyakit infeksi, dan masalah gizi, terjadi karena perilaku yang kurang sehat. Oleh karena itu, promosi kesehatan bertujuan meningkatkan literasi kesehatan masyarakat sehingga individu mempunyai kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat. Upaya ini dilakukan melalui pendekatan edukatif, advokasi, dan pemberdayaan, sehingga masyarakat dapat mengambil keputusan yang benar mengenai kesehatan mereka.²²⁵

Promosi kesehatan juga menekankan penciptaan lingkungan sosial, ekonomi, dan fisik yang mendukung perilaku sehat. Misalnya, ketersediaan fasilitas cuci tangan, ruang terbuka hijau, lingkungan yang bebas asap rokok, sanitasi yang baik, serta akses informasi kesehatan yang mudah. Lingkungan yang mendukung akan memperkuat perilaku sehat yang telah dibangun melalui edukasi. Dengan demikian, promosi kesehatan bukan sekadar penyuluhan, tetapi mencakup perubahan sistem dan lingkungan yang memungkinkan masyarakat menjalani gaya hidup sehat.

Keterpaduan antara manajemen kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan sangat penting untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

²²⁵ *Kemenkes Kesehatan RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI*

Manajemen menyediakan arah strategis, struktur, dan pengawasan program, sementara promosi kesehatan berperan dalam mengubah perilaku, membentuk kesadaran, dan memobilisasi masyarakat untuk berpartisipasi aktif. Ketika keduanya berjalan harmonis, program kesehatan menjadi lebih efektif, terukur, dan berkelanjutan. Pendekatan terintegrasi ini menjadi dasar dalam membangun masyarakat yang mandiri, berdaya, dan mampu memecahkan masalah kesehatannya sendiri.²²⁶

A. Pendekatan Manajemen Berbasis Masyarakat

Pendekatan manajemen berbasis masyarakat merupakan suatu strategi dalam pembangunan kesehatan yang menempatkan masyarakat sebagai pelaku utama, bukan hanya sebagai objek dari program. Pendekatan ini menekankan bahwa keberhasilan upaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana masyarakat terlibat, menerima, serta merasa memiliki program tersebut. Dengan kata lain, masyarakat bukan sekadar penerima layanan, tetapi juga bagian dari proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, hingga evaluasi kegiatan kesehatan

Landasan utama dari pendekatan ini adalah keyakinan bahwa masyarakat memiliki kemampuan, potensi, serta sumber daya yang dapat digerakkan untuk meningkatkan derajat kesehatan mereka sendiri. Setiap komunitas memiliki kekuatan lokal seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat, organisasi lokal, dan pengetahuan budaya yang dapat menjadi modal sosial untuk menjalankan program kesehatan yang efektif dan berkelanjutan. Ketika masyarakat dilibatkan secara aktif, program menjadi lebih sesuai dengan kebutuhan, lebih mudah diterima, serta memiliki peluang sukses yang lebih tinggi.

Dalam penerapannya, manajemen berbasis masyarakat diawali dengan analisis situasi yang dilakukan bersama masyarakat, seperti FGDs, survei partisipatif, penyusunan peta sosial, hingga identifikasi masalah prioritas oleh warga sendiri. Proses ini menghasilkan informasi mengenai kondisi kesehatan, kebiasaan, budaya, perilaku, serta masalah utama yang dirasakan masyarakat.

²²⁶ Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Pusat Promkes.

Keterlibatan masyarakat sejak tahap awal membantu menciptakan rasa kepemilikan (sense of ownership) sehingga mereka termotivasi untuk mengambil peran aktif.²²⁷

Setelah masalah diidentifikasi, masyarakat bersama tenaga kesehatan menyusun rencana kerja berbasis komunitas, termasuk penetapan tujuan, indikator keberhasilan, strategi intervensi, dan pembagian peran. Dalam tahap ini, tokoh masyarakat berperan penting sebagai penggerak, komunikator, serta mediator antara tenaga kesehatan dan warga. Program yang dirancang biasanya mencakup aspek promotif, preventif, dan pemberdayaan, seperti pembentukan kelompok peduli kesehatan, revitalisasi posyandu, dan kampanye perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Tahap berikutnya adalah pelaksanaan program yang dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan pendampingan tenaga kesehatan. Peran petugas kesehatan lebih sebagai fasilitator dan pembimbing, bukan sebagai pelaksana utama. Misalnya, kader mengelola posyandu, kelompok ibu mengadakan kelas gizi, pemuda desa menjalankan kampanye kebersihan lingkungan, atau masyarakat bekerja sama memperbaiki sanitasi. Keterlibatan ini memperkuat kemampuan masyarakat dalam mengelola masalah kesehatannya serta meningkatkan kemandirian.²²⁸

Selanjutnya, dilakukan pemantauan dan evaluasi partisipatif, yaitu proses evaluasi yang mengikutsertakan masyarakat dalam mengukur keberhasilan program. Evaluasi partisipatif penting untuk memastikan bahwa program tetap relevan, efektif, dan dapat ditingkatkan. Masyarakat juga belajar menilai apakah kegiatan yang mereka lakukan memberikan manfaat nyata dan apakah perlu penyesuaian strategi.

Dengan pendekatan manajemen berbasis masyarakat, program kesehatan menjadi lebih berkelanjutan karena masyarakat memiliki kapasitas, pengalaman, dan motivasi untuk mempertahankannya tanpa ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan atau pemerintah. Pendekatan ini juga memperkuat kemandirian masyarakat, membangun solidaritas sosial, serta meningkatkan kesadaran kolektif

²²⁷ Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*

²²⁸ Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*.

mengenai pentingnya perilaku hidup sehat. Pada akhirnya, pendekatan ini menjadi prinsip dasar dalam pembangunan kesehatan modern yang menekankan partisipasi, pemberdayaan, dan kerja sama lintas sektor untuk menciptakan masyarakat yang sehat dan berdaya.

B. Program Kesehatan Promotif dan Preventif

Program kesehatan promotif dan preventif merupakan fondasi dari pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, mengubah perilaku, serta mencegah terjadinya penyakit sebelum penyakit tersebut muncul. Pendekatan ini dianggap paling efektif dan efisien karena dapat menurunkan beban ekonomi, sosial, dan beban fasilitas pelayanan kesehatan yang selama ini cenderung terfokus pada upaya kuratif.



Dalam sistem kesehatan modern, kegiatan promotif dan preventif menjadi prioritas utama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh bukan hanya memberikan informasi, namun juga membentuk perilaku hidup sehat, meningkatkan pemberdayaan masyarakat, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, serta memperkuat kemandirian individu, keluarga, dan komunitas dalam menjaga kesehatannya. Kegiatan promotif dilakukan melalui edukasi kesehatan, komunikasi informasi, advokasi, pembangunan kemitraan, dan pengembangan kebijakan yang berorientasi pada peningkatan kesehatan.²²⁹

²²⁹ Kemenkes RI. (2020). *Buku Saku Posyandu*

1. Program Promotif

Dalam pelaksanaannya, program promotif meliputi berbagai kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, promosi gaya hidup sehat, peningkatan literasi kesehatan, pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), penguatan peran serta masyarakat, serta kampanye publik mengenai pencegahan penyakit dan peningkatan kualitas hidup. Program ini juga menekankan pembentukan pola hidup sehat melalui aktivitas fisik, gizi seimbang, kebersihan diri, kesehatan lingkungan, pengendalian stres, serta pencegahan risiko kesehatan lainnya.

Selain itu, program promotif melibatkan kolaborasi lintas sektor seperti pendidikan, lingkungan, pertanian, media, dan pemerintah desa untuk menciptakan kondisi sosial dan lingkungan yang mendukung perilaku sehat.²³⁰

Upaya ini dilakukan untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki akses pada informasi yang benar, sarana pendukung, serta kebijakan yang mendorong terbentuknya kebiasaan hidup sehat.

Dengan demikian, program promotif merupakan upaya penting dalam sistem kesehatan yang tidak hanya menitikberatkan pada pencegahan penyakit, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Program ini menjadi fondasi utama dalam mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, dan mandiri dalam menjaga kesehatannya.

Program promotif berfokus pada peningkatan pemahaman, kemampuan, dan kesadaran masyarakat untuk menjalani perilaku hidup sehat. Pendekatan ini mengutamakan pendidikan kesehatan, komunikasi perubahan perilaku, serta penciptaan lingkungan yang mendukung kesehatan.

Beberapa contoh program promotif yang umum dilaksanakan:

- Pendidikan kesehatan di masyarakat, seperti edukasi mengenai gizi seimbang, kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, serta pencegahan penyakit menular.
- Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) yang mendorong aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur, serta pemeriksaan kesehatan secara berkala.

²³⁰ *Kemenkes RI.(2019). Manajemen Puskesmas*

- Program sekolah sehat, yang mencakup kantin sehat, UKS, cuci tangan pakai sabun, dan pengawasan jajanan anak sekolah.
- Kampanye lingkungan sehat, seperti pengelolaan sampah, sanitasi dasar, dan penyediaan air bersih.
- Program promotif ini juga semakin berkembang melalui pemanfaatan teknologi digital seperti aplikasi kesehatan, penyuluhan berbasis media sosial, webinar edukatif, dan kampanye online yang mampu menjangkau masyarakat lebih luas.²³¹

2. Program Preventif (Upaya Pencegahan Penyakit)

Program preventif bertujuan mencegah timbulnya suatu penyakit pada individu maupun kelompok masyarakat. Pencegahan dapat dilakukan pada berbagai tingkatan, seperti pencegahan primer, sekunder, maupun tersier.²³²

Contoh program preventif meliputi:

- Imunisasi, sebagai upaya pencegahan primer terhadap penyakit menular seperti campak, difteri, hepatitis, dan polio
- Posbindu PTM, untuk mendeteksi dini Penyakit Tidak Menular seperti hipertensi, diabetes, dan obesitas.
- Skrining kesehatan, seperti pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah, IVA test, dan pemeriksaan kesehatan ibu hamil.
- Pencegahan infeksi, melalui gerakan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan edukasi kebersihan diri.
- Program pencegahan stunting, melalui pemantauan tumbuh kembang, suplementasi gizi, dan konseling menyusui.

Upaya promotif dan preventif ini saling melengkapi. Ketika keduanya berjalan efektif, angka kesakitan dapat ditekan secara signifikan, dan masyarakat dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik secara berkelanjutan.

²³¹ Notoatmadjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

²³² Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta

C. Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan

- Partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Keterlibatan masyarakat tidak hanya sebagai penerima manfaat, tetapi juga sebagai pengambil keputusan, pelaksana program, serta pengawas jalannya intervensi kesehatan. Tanpa adanya partisipasi aktif dari masyarakat, berbagai program kesehatan cenderung tidak berkelanjutan, kurang sesuai dengan kebutuhan lokal, dan tidak mampu menghasilkan perubahan yang signifikan.
- Partisipasi masyarakat berangkat dari prinsip bahwa masyarakat adalah subjek, bukan objek pembangunan kesehatan. Masyarakat memiliki pengalaman hidup, pengetahuan lokal, nilai budaya, dan struktur sosial yang dapat mendukung pelaksanaan program kesehatan. Ketika masyarakat terlibat dalam proses pembangunan, mereka memiliki rasa memiliki (sense of ownership) terhadap program, sehingga muncul kemauan untuk mendukung, mengelola, dan mempertahankan program tersebut.
- Pada tahap awal, partisipasi masyarakat terlihat dalam proses identifikasi masalah kesehatan. Melalui diskusi kelompok, musyawarah desa, pemetaan sosial, dan survei partisipatif, masyarakat mengungkapkan permasalahan kesehatan yang mereka anggap penting seperti stunting, sanitasi buruk, penyakit infeksi, atau rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat. Proses ini memastikan bahwa program kesehatan benar-benar sesuai kebutuhan masyarakat dan bukan sekadar program yang dipaksakan dari luar.²³³

Selanjutnya, partisipasi masyarakat terlihat dalam perencanaan program kesehatan, di mana masyarakat ikut terlibat dalam penetapan prioritas, penyusunan strategi, pemilihan media edukasi, dan perumusan kegiatan yang akan dilaksanakan. Dalam banyak kasus, perencanaan berbasis masyarakat menghasilkan program yang lebih kreatif, kontekstual, dan mudah diterima karena mempertimbangkan budaya, kebiasaan, serta kondisi sosial ekonomi lokal.²³⁴

²³³ Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara

²³⁴ Mubarak, W. (2012). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Aplikasi*. Salemba Medika

Pada tahap pelaksanaan, partisipasi masyarakat menjadi faktor kunci keberhasilan program. Mereka berperan sebagai kader kesehatan, fasilitator kelompok, penggerak masyarakat, maupun relawan dalam kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, penyuluhan kesehatan, pemberantasan sarang nyamuk, serta upaya perbaikan sanitasi. Kader kesehatan berfungsi sebagai ujung tombak karena merekalah yang paling dekat dengan komunitas dan memahami dinamika sosial di lingkungannya. Pelibatan organisasi masyarakat seperti PKK, karang taruna, tokoh agama, dan tokoh adat juga memperkuat dukungan sosial untuk keberhasilan program.

Selain itu, partisipasi masyarakat sangat penting dalam pemantauan dan evaluasi program. Melalui kegiatan monitoring partisipatif, masyarakat dapat mengevaluasi apakah program berjalan sesuai rencana, apakah ada kendala yang muncul, dan apakah diperlukan perbaikan strategi. Proses evaluasi yang melibatkan masyarakat bukan hanya meningkatkan transparansi, tetapi juga memperkuat rasa tanggung jawab bersama dalam menjaga keberlanjutan program.

Keberadaan partisipasi masyarakat juga membantu memperkuat kemandirian komunitas. Masyarakat yang terlibat aktif dalam pembangunan kesehatan cenderung memiliki pengetahuan, keterampilan, dan motivasi lebih besar untuk menjaga kesehatan mereka sendiri. Mereka mampu mengambil keputusan yang lebih baik, mendukung perilaku sehat, dan berinisiatif untuk mengembangkan program-program baru sesuai kebutuhan. Hal ini menciptakan lingkungan sosial yang kondusif untuk perilaku hidup sehat dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, partisipasi masyarakat merupakan fondasi utama dalam pembangunan kesehatan yang efektif, berkelanjutan, dan berbasis kebutuhan nyata. Dengan memberikan ruang bagi masyarakat untuk berpartisipasi, pembangunan kesehatan menjadi proses kolaboratif yang memperkuat kapasitas individu dan komunitas, sekaligus menciptakan perubahan perilaku dan lingkungan yang lebih sehat.²³⁵

²³⁵ Effendy, N.(2010). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC

D. Strategi Komunikasi dan Edukasi Kesehatan

Strategi komunikasi dan edukasi kesehatan ialah suatu pendekatan terencana yang terdiri dari rangkaian kegiatan analitis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang dirancang untuk menyampaikan informasi kesehatan secara efektif kepada individu, kelompok, maupun masyarakat luas dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap positif, serta mendorong perubahan perilaku yang mendukung pencapaian derajat kesehatan yang optimal.

Strategi ini tidak hanya berfokus pada penyampaian pesan kesehatan, tetapi juga pada bagaimana pesan tersebut dapat dipahami, diterima, dan diterapkan oleh audiens. Proses ini menempatkan masyarakat sebagai pusat perhatian, sehingga setiap pesan harus disesuaikan dengan karakteristik, budaya, nilai, tingkat pendidikan, serta kebutuhan spesifik yang dimiliki oleh kelompok sasaran.

Dalam penerapannya, strategi komunikasi dan edukasi kesehatan melibatkan berbagai tahapan penting, dimulai dari identifikasi dan analisis audiens untuk memahami siapa yang menjadi sasaran serta hambatan apa saja yang mungkin memengaruhi penerimaan informasi. Setelah itu, dilakukan perumusan pesan kesehatan yang jelas, akurat, relevan, dan mudah dipahami. Pesan dirancang agar mampu memberikan motivasi dan mendorong tindakan nyata, sehingga tidak hanya menambah pengetahuan tetapi juga menghasilkan perubahan perilaku kesehatan.

Strategi ini juga mencakup pemilihan media dan metode komunikasi yang tepat. Media tradisional seperti leaflet, poster, penyuluhan tatap muka, radio, dan televisi masih sangat efektif untuk menjangkau masyarakat umum. Sementara itu, media digital seperti media sosial, video edukasi, aplikasi kesehatan, dan infografis digunakan untuk menjangkau audiens yang lebih luas dan lebih cepat. Pemilihan metode seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi, role play, konseling, hingga kampanye publik turut menentukan keberhasilan penyampaian pesan.

Tahap berikutnya adalah pelaksanaan komunikasi kesehatan, yaitu proses mengimplementasikan pesan dengan cara yang menarik, interaktif, dan sesuai konteks. Pelaksanaan membutuhkan keterampilan fasilitator, kemampuan beradaptasi dengan kondisi lapangan, serta dukungan tokoh masyarakat, kader

kesehatan, dan organisasi terkait agar pesan memiliki kredibilitas dan dampak lebih besar.²³⁶

Strategi komunikasi dan edukasi kesehatan juga menekankan pentingnya penguatan dan dukungan lintas sektor. Kerja sama antara tenaga kesehatan, pemerintah, lembaga pendidikan, media massa, dan masyarakat sangat diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dalam mendukung perilaku sehat. Dukungan berupa kebijakan, fasilitas kesehatan, sarana sanitasi, dan program pembinaan masyarakat turut memperkuat efektivitas strategi.

Tahap terakhir dan sangat penting adalah evaluasi efektivitas. Evaluasi dilakukan untuk menilai seberapa jauh pesan kesehatan telah dipahami, diterima, dan diterapkan oleh audiens. Evaluasi dapat berupa survei, pre-post test, observasi perilaku, hingga analisis jangkauan dan keterlibatan media. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan program sehingga strategi komunikasi menjadi lebih efektif dan berkelanjutan.

Secara keseluruhan, strategi komunikasi dan edukasi kesehatan merupakan pendekatan komprehensif yang menggabungkan ilmu komunikasi, perilaku kesehatan, psikologi, dan pendekatan sosial budaya.²³⁷ Tujuan akhirnya adalah menciptakan masyarakat yang memiliki kesadaran, pengetahuan, dan kemampuan untuk menjaga kesehatannya secara mandiri, sehingga tercapai peningkatan kualitas hidup dan pencegahan penyakit dalam jangka panjang.

Strategi komunikasi dan edukasi kesehatan merupakan aspek penting dalam promosi kesehatan yang memastikan pesan-pesan kesehatan dapat dipahami, diterima, dan diimplementasikan oleh masyarakat. Komunikasi kesehatan yang baik harus mempertimbangkan bahasa, budaya, nilai, kondisi sosial ekonomi, dan karakteristik sasaran.

Secara keseluruhan, strategi komunikasi dan edukasi kesehatan ialah sebuah pendekatan yang menyeluruh, terpadu, dan berorientasi pada perubahan perilaku masyarakat melalui proses komunikasi yang efektif, sistematis, dan berbasis bukti. Pendekatan ini tidak hanya mengandalkan penyampaian informasi, tetapi juga memperhatikan aspek budaya, media, metode, dan dukungan lingkungan untuk

²³⁶ Budihardjo, A. (2019). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. UGM Press

²³⁷ Rachmat, H. (2020). *Manajemen Program Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Andi

memastikan pesan kesehatan benar-benar dipahami, diterima, dan dipraktikkan oleh masyarakat.

1. Prinsip Dasar Komunikasi Kesehatan

- Sederhana dan mudah dipahami
- Pesan harus menggunakan bahasa yang jelas dan tidak terlalu teknis.
- Relevan dengan kebutuhan masyarakat
- Pesan yang erat dengan masalah sehari-hari lebih mudah diterima.
- Berbasis bukti (evidence-based)
- Informasi yang diberikan harus akurat dan dapat dipertanggung jawabkan
- Interaktif dan dialogis
- Komunikasi yang melibatkan masyarakat lebih efektif daripada ceramah satu arah
- Kontrinu dan konsisten
- Pesan kesehatan harus disampaikan secara berulang agar terjadi perubahan perilaku.²³⁸

2. Tahapan Strategi Komunikasi

A. Identifikasi audiens

- Menentukan kelompok sasaran (anak, remaja, ibu hamil, lansia)
- Menganalisis kebutuhan dan masalah kesehatan mereka
- Melihat karakteristik audiens (pendidikan, budaya, akses informasi)
- Menyesuaikan media dan gaya bahasa dengan karakter sasaran
- Memetakan siapa yang paling berpengaruh dalam kelompok tersebut
- Memahami karakteristik sasaran (usia, pendidikan, budaya, pekerjaan) agar pesan tepat sasaran.²³⁹

B. Perumusan pesan kesehatan

- Pesan harus jelas, singkat, dan relevan.
- Menekankan manfaat yang akan diterima masyarakat.
- Menggunakan bahasa yang sesuai budaya setempat.
- Menyertakan ajakan perilaku (call to action).

²³⁸ Handayani, S. (2018). *Manajemen Program Promosi Kesehatan*. Deepublish

²³⁹ Sari, D. & Puspitasari, R. (2020). "Analisis Implementasi Program PHBS di Masyarakat." *Jurnal Promkes Indonesia*

- Diperkuat dengan data atau fakta yang mudah dimengerti

Pesan harus memotivasi tindakan, bersifat positif, dan memberikan solusi.

C. Pemilihan media

Media dapat berupa:

- Media cetak: leaflet, poster, booklet
- Media digital: video edukasi, Instagram, TikTok, WhatsApp
- Media massa: radio, televisi
- Media interpersonal: konseling, penyuluhan kelompok kecil

D. Pelaksanaan komunikasi

- Menentukan tujuan komunikasi kesehatan.
- Memilih metode (tatap muka, media sosial, leaflet, penyuluhan).
- Menyampaikan informasi dengan bahasa sederhana.
- Melibatkan tokoh masyarakat untuk memperkuat pesan.
- Menyesuaikan media dengan karakteristik audiens.

Teknik komunikasi harus memperhatikan cara penyampaian, intonasi, penggunaan visual, serta interaksi dengan audiens.²⁴⁰

E. Evaluasi efektivitas

- Menilai pemahaman audiens (pre-post test).
- Memantau perubahan perilaku masyarakat.
- Mengevaluasi jangkauan media yang digunakan.
- Mengidentifikasi hambatan selama penyampaian pesan.
- Mengukur dampak terhadap kesehatan (indikator program).

Menilai apakah pesan dipahami, apakah perilaku berubah, serta apakah media yang digunakan efektif.²⁴¹

3. Edukasi Kesehatan di Berbagai Setting

- Di masyarakat melalui posyandu, kader, kegiatan desa, dan penyuluhan lingkungan.
- Di sekolah melalui UKS, pendidikan kesehatan, atau program sekolah sehat.

²⁴⁰ Wulandari, A. (2017). "Peran Kader dalam Pemberdayaan Masyarakat di Posyandu." *Jurnal Kesehatan Masyarakat*

²⁴¹ Putri, L. & Wahyono, T. (2020). "Evaluasi Program Promosi Kesehatan di Puskesmas." *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.

- Di tempat kerja melalui promotif kesehatan pekerja dan pemeriksaan berkala.
- Di fasilitas kesehatan melalui konseling, pendidikan klinis, dan layanan kesehatan primer.

4. Tantangan dan Penguatan

Tantangan:

- Rendahnya literasi kesehatan masyarakat.
- Akses informasi yang tidak merata.
- Misinformasi/hoaks kesehatan.
- Kurangnya keterlibatan masyarakat.
- Hambatan psikologis audiens
- Perbedaan akses informasi
- Pesan yang terlalu teknis
- Kurangnya partisipasi masyarakat
- Waktu penyampaian yang tidak tepat

Penguatan:

- Pelatihan bagi tenaga kesehatan dan kader.
- Penyediaan media komunikasi yang mudah dipahami.
- Memperkuat kerja sama lintas sektor.
- Penggunaan teknologi digital untuk penyuluhan.
- Penggunaan media kreatif
- Kolaborasi lintas sektor
- Pendekatan interpersonal
- Pendekatan berbasis komunitas
- Simplifikasi pesan

Tantangan dalam komunikasi kesehatan meliputi tingkat literasi yang rendah, hoaks kesehatan, keterbatasan akses media, serta perbedaan budaya. Oleh karena itu, strategi komunikasi harus fleksibel, inovatif, memanfaatkan teknologi, dan selalu melibatkan tokoh masyarakat yang dapat menjadi influencer lokal.²⁴²

²⁴² Andriani, M. (2021). "Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perubahan Hidup Bersih&Sehat." *Jurnal Promkes*

1. Komponen Sistem Kesehatan Masyarakat
Pelayanan kesehatan: Upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif.
Tenaga kesehatan: Dokter, perawat, bidan, sanitarian, kader.
Pembiayaan kesehatan: JKN/BPJS, dana desa, APBD, CSR.
Informasi kesehatan: Pencatatan & pelaporan (SIP, PWS, surveilans).
Peraturan dan kebijakan kesehatan: Perda, SOP, regulasi layanan.²⁴³
2. Faktor yang Mempengaruhi Program Kesehatan
Sosial ekonomi: pendidikan, pendapatan, pekerjaan.
Lingkungan fisik: sanitasi, air bersih, tempat tinggal.
Perilaku masyarakat: gaya hidup, pola makan, kebiasaan.
Akses layanan: ketersediaan fasilitas, jarak, transportasi
3. Tahapan Program Kesehatan
Identifikasi masalah (melalui data dan survei).
Penetapan tujuan (jangka pendek & jangka panjang).
Pemilihan strategi intervensi (promotif, preventif, dll).
Pelaksanaan program (kegiatan, pelatihan, penyuluhan).
Monitoring dan evaluasi (proses, output, outcome).
4. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan
Gaya hidup sehat (aktivitas fisik, gizi, PHBS).
Pencegahan penyakit (vaksinasi, skrining kesehatan).
Kesehatan lingkungan (kebersihan rumah, sampah, air).
Kesehatan remaja & reproduksi.
Kesiapsiagaan bencana dan keselamatan kerja.
5. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan
Menjadi komunikator pesan kesehatan.
Menjadi pendidik yang menyederhanakan konsep medis.
Menjadi advocator untuk kebijakan sehat.
Menjadi motivator perubahan perilaku di masyarakat

²⁴³ Rahmawati, N. (2022). "Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan di Desa." JKM UAD

1. Peran Data dalam Manajemen Kesehatan

Surveilans kesehatan untuk memantau penyakit dan risiko. Analisis tren untuk memprediksi kebutuhan layanan. Evaluasi program berdasarkan indikator seperti cakupan imunisasi, angka kunjungan, atau perubahan perilaku.²⁴⁴

2. Pendekatan Promosi Kesehatan Berbasis Bukti

Menggunakan hasil penelitian, survei nasional, atau studi lokal untuk menentukan strategi yang paling efektif. Menilai apa yang berhasil dan tidak berhasil dalam program sebelumnya.

3. Penguatan Kapasitas (Capacity Building)

Pelatihan kader, tokoh masyarakat, dan tenaga kesehatan. Peningkatan kemampuan komunikasi, manajemen program, dan literasi digital. Penguatan organisasi kesehatan di tingkat desa/kelurahan.²⁴⁵

4. Pengelolaan Risiko Kesehatan Masyarakat

Mengidentifikasi ancaman (penyakit menular, gizi, lingkungan). Menyiapkan rencana mitigasi (edukasi, surveilans, kesiapsiagaan). Respon cepat saat terjadi KLB atau masalah kesehatan emergensi.

5. Promosi Kesehatan Berbasis Teknologi

Pemanfaatan telehealth, aplikasi edukasi kesehatan, dan chatbot. Penggunaan media sosial untuk kampanye kesehatan. Infografis digital untuk mempercepat penyebaran informasi.

6. Pengembangan Kemitraan Kesehatan

Kolaborasi dengan sekolah, perusahaan, organisasi masyarakat, media, dan pemerintah daerah. Mendorong program CSR untuk mendukung kegiatan kesehatan masyarakat.

1. Peran Kepemimpinan Kesehatan

Mengarahkan tim kesehatan agar bekerja efektif. Mengambil keputusan cepat berdasarkan data. Membangun motivasi dan kolaborasi lintas sektor.

²⁴⁴ Fitriani, R. (2022). "Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)." *Jurnal Administrasi Kesehatan*

²⁴⁵ Hidayat, Y. (2021). "Manajemen Kegiatan Skrining PTM di Puskesmas ." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*

2. Inovasi dalam Program Kesehatan

Menggunakan media digital untuk edukasi. Mengembangkan layanan jemput bola (home visit). Mengintegrasikan layanan promotif–preventif dalam kegiatan rutin.²⁴⁶

3. Penguatan Komunitas

Mendorong kader sebagai agen perubahan. Memberdayakan tokoh masyarakat untuk mendukung perilaku sehat. Membentuk kelompok peduli kesehatan di tingkat desa/RT.

4. Pengelolaan Krisis Kesehatan

Menyiapkan rencana tanggap darurat. Melakukan edukasi cepat saat wabah. Mengkoordinasikan lintas sektor untuk respons cepat.

5. Pentingnya Kolaborasi

Sekolah, tenaga kesehatan, pemerintah, dan komunitas perlu bekerja bersama. Program lebih efektif ketika ada dukungan sosial dan kebijakan yang kuat.

3. Komponen Sistem Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan: promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Tenaga kesehatan: dokter, perawat, bidan, sanitarian, gizi, analis, kader. Informasi kesehatan: sistem pencatatan dan pelaporan (SIK, SIRS, PWS). Pembiayaan: BPJS, dana desa, APBD, CSR. Kebijakan kesehatan: peraturan daerah, SOP, pedoman nasional.²⁴⁷

Pendekatan budaya dalam Promosi Kesehatan

Selain itu, keberhasilan promosi kesehatan juga dipengaruhi oleh konteks budaya lokal.

A. Mengapa Budaya Penting?

- Kepercayaan, pantangan, dan nilai budaya dapat mendorong atau menghambat kesehatan.
- Contoh: pantangan makan ibu hamil, tabu tentang menstruasi cara pengobatan tradisional

²⁴⁶ Susanti, E. (2019). "Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan Stunting." *Jurnal Gizi Indonesia*

²⁴⁷ Ramadhani, A. (2020). *Strategi Komunikasi Kesehatan pada Program Germas*. Skripsi UGM

B. Strategi Berbasis Budaya

- Menggunakan tokoh masyarakat atau tokoh agama
- Menggunakan bahasa lokal
- Memanfaatkan tradisi lokal untuk menyampaikan pesan
- Mengintegrasikan pengetahuan lokal (local wisdom) ke dalam edukasi

Penguatan Tata Kelola (Governance) dalam Sistem Kesehatan

Selain itu, aspek tata kelola atau governance dalam sistem kesehatan merupakan komponen esensial untuk memastikan seluruh proses manajerial berlangsung secara transparan, akuntabel, responsif, serta berorientasi pada kepentingan masyarakat.²⁴⁸

A. Prinsip-Prinsip Tata Kelola Sistem Kesehatan

1. Transparansi

Pengelolaan program kesehatan perlu dilakukan secara terbuka, terutama dalam penggunaan anggaran, proses perencanaan, dan pelaporan.

2. Akuntabilitas

Setiap pelaksana program harus bertanggung jawab terhadap hasil kerja yang dicapai.

3. Responsivitas

Sistem kesehatan harus mampu merespons dengan cepat perubahan kebutuhan masyarakat.

4. Efektivitas dan Efisiensi

Seluruh sumber daya harus digunakan secara tepat guna dan tepat sasaran

5. Keadilan dan Inklusivitas

Semua lapisan masyarakat, termasuk kelompok rentan, wajib memperoleh akses yang setara terhadap layanan kesehatan.²⁴⁹

B. Penerapan Tata Kelola pada Level Puskesmas

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Pelibatan lintas sektor dalam Musyawarah Masyarakat

²⁴⁸ Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Modul Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan*. Jakarta

²⁴⁹ Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Pedoman Tata Kelola dan Manajemen Puskesmas*. Jakarta: Kemenkes RI.

Desa/Kelurahan (MMD). Penguatan manajemen risiko dan mutu layanan, Audit internal program dan pelayanan.

Perlu disadari bahwa manajemen kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan merupakan dua bidang yang dinamis dan kompleks, yang membutuhkan pendekatan multidimensional. Efektivitasnya sangat dipengaruhi oleh tata kelola yang baik, kompetensi SDM, dukungan kebijakan publik partisipasi masyarakat, serta integrasi program promotif dan preventif. Perkembangan teknologi dan riset ilmiah juga memberikan kontribusi besar dalam meningkatkan kualitas intervensi kesehatan dimasa kini maupun masa depan.

Manajemen Kesehatan Masyarakat merupakan proses sistematis untuk mengelola upaya kesehatan secara terencana, terorganisasi, dan terkoordinasi dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Proses ini meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, serta evaluasi program kesehatan. Fokus utamanya adalah memastikan pelayanan kesehatan berjalan efektif, merata, dan sesuai kebutuhan masyarakat. Pendekatan yang digunakan bersifat berbasis bukti (evidence-based), berbasis komunitas, dan melibatkan berbagai sektor (multi-sectoral collaboration).²⁵⁰

Dalam pelaksanaannya, manajemen kesehatan masyarakat menekankan analisis masalah kesehatan, penentuan prioritas, pengelolaan sumber daya, hingga penilaian hasil program. Seluruh proses harus mengedepankan prinsip efisiensi, efektivitas, pemerataan, dan akuntabilitas.

Sementara itu, Promosi Kesehatan merupakan upaya sistematis untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar mampu menjaga, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya sendiri. Promosi kesehatan bukan hanya memberikan informasi, tetapi juga membangun motivasi, keterampilan, lingkungan pendukung, serta kebijakan yang memfasilitasi perilaku hidup sehat. Ruang lingkupnya mencakup pendidikan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, advokasi kebijakan sehat, serta rekayasa lingkungan sosial yang mendukung kesehatan.

Kedua bidang ini saling berkaitan: manajemen kesehatan memberikan struktur dan sistem, sedangkan promosi kesehatan memberikan strategi pemberdayaan dan perubahan perilaku. Integrasi keduanya menghasilkan program promotif dan

²⁵⁰ Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Sistem Kesehatan Nasional (SKN)*. Jakarta:Kemenkes RI

preventif yang lebih optimal dalam menurunkan risiko penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.²⁵¹

²⁵¹ Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Pedoman Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Kemenkes RI.

BAB IX

INOVASI DAN TRANSFORMASI DIGITAL DALAM MANAJEMEN KESEHATAN

A. Transformasi Digital di Sektor Kesehatan

Transformasi digital dalam sektor kesehatan merupakan proses perubahan sistematis yang mengintegrasikan teknologi informasi ke dalam seluruh aspek layanan kesehatan, mulai dari pelayanan klinis, manajemen fasilitas kesehatan, hingga pengambilan keputusan berbasis data. Transformasi ini bukan sekadar penggunaan perangkat digital, tetapi lebih merupakan perubahan paradigma, tata kelola, serta pola pikir dalam upaya meningkatkan mutu dan efisiensi layanan kesehatan. Di Indonesia, transformasi digital semakin mendapat perhatian khusus, terutama sejak pandemi COVID-19 yang memperlihatkan betapa pentingnya teknologi dalam menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan di tengah krisis global. Pandemi tersebut menjadi momentum percepatan digitalisasi di seluruh lini kesehatan, mulai dari implementasi rekam medis elektronik, telemedicine, digital tracing, hingga integrasi data kesehatan nasional.²⁵²

Digitalisasi data menjadi fondasi paling penting dalam transformasi digital. Rekam Medis Elektronik (RME) atau Electronic Medical Record (EMR) adalah inti dari upaya ini. Tanpa digitalisasi data pasien, fasilitas kesehatan tidak dapat memasuki tahap lanjutan seperti analisis big data, layanan terintegrasi, atau pengembangan rumah sakit berbasis teknologi. Di Indonesia, berbagai kebijakan telah diterbitkan untuk mendorong penggunaan RME, terutama setelah peluncuran sistem SATUSEHAT oleh Kementerian Kesehatan.²⁵³

SATUSEHAT merupakan platform integrasi data nasional yang memungkinkan rekam medis, riwayat vaksinasi, hasil laboratorium, hingga catatan obat terhubung antar fasilitas kesehatan. Konsep interoperabilitas ini sangat penting karena selama bertahun-tahun data kesehatan di Indonesia bersifat

²⁵² Kementerian Kesehatan RI, *Strategi Transformasi Kesehatan: Digital Health*, Jakarta: Kemenkes RI, 2022, hlm. 11–14.

²⁵³ Eny Rochaeni, “Transformasi Digital Sistem Pelayanan Kesehatan,” *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, vol. 10, no. 2, 2021, hlm. 120–128.

terpisah-pisah antara rumah sakit, klinik, puskesmas, dan laboratorium. Fragmentasi data ini menyebabkan ketidakefisienan pelayanan, seperti pengulangan pemeriksaan, kesalahan diagnosa, dan sulitnya dokter memahami riwayat kesehatan pasien secara utuh.

Selain digitalisasi data pasien, transformasi digital juga menyentuh aspek manajerial fasilitas kesehatan. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) kini menjadi kebutuhan utama, bukan lagi pilihan. SIMRS mempermudah proses pendaftaran pasien, pengaturan jadwal dokter, pengelolaan obat dan alat kesehatan, sistem keuangan, hingga pelaporan ke pemerintah. Efisiensi operasional meningkat signifikan ketika proses administrasi berjalan secara otomatis dan terintegrasi. Rumah sakit tidak lagi memerlukan banyak tenaga administrasi untuk pencatatan manual yang sering menimbulkan kesalahan manusia. Selain itu, penggunaan SIMRS membantu pihak manajemen dalam melakukan analisis operasional, seperti tren penyakit, kebutuhan tenaga medis, dan estimasi anggaran. Dengan data yang lengkap dan akurat, manajemen rumah sakit dapat mengambil keputusan strategis berbasis bukti, bukan berdasarkan perkiraan semata.

Transformasi digital tidak hanya berdampak pada manajemen fasilitas kesehatan, tetapi juga mengubah cara masyarakat mengakses layanan kesehatan. Era digital melahirkan berbagai inovasi seperti telemedicine, aplikasi konsultasi kesehatan, pemantauan kesehatan jarak jauh, dan penggunaan perangkat wearable untuk memonitor kondisi pasien secara real-time. Telemedicine menjadi salah satu terobosan paling signifikan. Di Indonesia, layanan ini berkembang pesat selama pandemi ketika masyarakat diimbau mengurangi kunjungan ke fasilitas kesehatan. Konsultasi dokter melalui aplikasi secara video call, chat, atau telepon memungkinkan masyarakat tetap mendapatkan pelayanan medis tanpa harus keluar rumah. Pemerintah kemudian menerbitkan pedoman resmi penyelenggaraan telemedicine agar praktik ini memiliki landasan hukum dan standar keselamatan bagi pasien.²⁵⁴

²⁵⁴ Amin Soebandono, *Manajemen Sistem Informasi Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, 2020, hlm. 45–52

Dengan demikian, telemedicine kini diakui sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Selain telemedicine, perkembangan teknologi sensor dan wearable juga memperkaya transformasi digital. Perangkat seperti smartwatch, alat ukur tekanan darah digital, glucometer digital, hingga pulse oximeter kini dapat terhubung dengan aplikasi yang memantau kondisi pasien secara berkala. Data ini memungkinkan dokter atau keluarga memantau kondisi pasien kronis seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit jantung secara lebih teratur. Penggunaan teknologi pemantauan kesehatan jarak jauh ini memiliki potensi besar untuk mengurangi beban rumah sakit, mengingat banyak pasien kronis di Indonesia yang membutuhkan pemantauan jangka panjang.

Transformasi digital juga memengaruhi sistem kesehatan publik. Data besar (big data) memungkinkan pemerintah melakukan analisis epidemiologis lebih cepat, prediksi penyebaran penyakit, dan perencanaan kebutuhan kesehatan masyarakat.²⁵⁵ Contohnya, selama pandemi COVID-19, data mobilitas penduduk, hasil tes PCR, tingkat keterisian rumah sakit, dan angka vaksinasi dijadikan dasar pengambilan keputusan kebijakan publik. Analisis big data memungkinkan pemerintah merespons lebih cepat terhadap peningkatan kasus. Dengan adanya digitalisasi data, pemerintah dapat merencanakan strategi kesehatan berbasis bukti, bukan lagi berdasarkan laporan manual yang lambat dan tidak akurat.

Namun, transformasi digital tidak berjalan tanpa tantangan. Salah satu tantangan terbesar adalah kesenjangan infrastruktur digital antara daerah perkotaan dan pedesaan. Banyak daerah masih menghadapi keterbatasan jaringan internet, perangkat digital, dan sumber daya manusia yang belum fasih teknologi.²⁵⁶ Akibatnya, transformasi digital tidak merata di seluruh Indonesia. Tantangan kedua adalah kesiapan tenaga kesehatan. Banyak tenaga medis di puskesmas, klinik kecil, dan rumah sakit daerah belum terbiasa menggunakan sistem digital, sehingga membutuhkan pelatihan intensif. Resistensi terhadap perubahan menjadi masalah tersendiri, terutama bagi tenaga kesehatan yang telah lama bekerja dengan sistem manual.

²⁵⁵ Ratna Sari dan Dwi Novitasari, “Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Indonesia,” *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, vol. 6, no. 1, 2021, hlm. 33–41.

²⁵⁶ Kementerian Kesehatan RI, “Pedoman Penyelenggaraan Telemedicine,” 2021, hlm. 5–9.

Aspek lain yang sangat penting adalah keamanan data dan privasi pasien. Data kesehatan merupakan salah satu data pribadi yang paling sensitif, sehingga kebocoran data dapat menimbulkan risiko besar bagi pasien. Dengan meningkatnya penggunaan aplikasi kesehatan dan integrasi data nasional, risiko peretasan dan penyalahgunaan data ikut meningkat. Oleh karena itu, setiap fasilitas kesehatan wajib menerapkan standar keamanan informasi, enkripsi data, dan sistem pengendalian akses yang ketat.

Selain hambatan teknis dan regulasi, transformasi digital juga memerlukan dukungan budaya organisasi. Banyak fasilitas kesehatan masih memiliki pola pikir tradisional yang menganggap teknologi sebagai alat pelengkap, bukan kebutuhan strategis. Padahal, teknologi dapat meningkatkan kualitas pelayanan, mempercepat alur kerja, dan mempermudah kolaborasi antar tenaga medis. Perubahan budaya ini membutuhkan sosialisasi, pelatihan, dan peran aktif pimpinan fasilitas kesehatan dalam mengarahkan visi digital yang lebih jelas.

Meskipun terdapat berbagai tantangan, transformasi digital di Indonesia terus menunjukkan kemajuan yang signifikan. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah merancang enam pilar transformasi kesehatan nasional, salah satunya transformasi layanan digital.²⁵⁷ Upaya ini diharapkan menciptakan ekosistem digital yang terintegrasi, aman, dan mudah diakses. SATUSEHAT menjadi tulang punggung dalam integrasi data kesehatan nasional. Selain itu, kerja sama antara pemerintah, swasta, dan akademisi juga memainkan peran penting dalam memperluas inovasi digital di sektor kesehatan.

Transformasi digital tidak hanya menciptakan pelayanan yang lebih modern, tetapi juga berpotensi mengurangi ketimpangan akses kesehatan di Indonesia. Dengan telemedicine, masyarakat di daerah terpencil dapat berkonsultasi dengan dokter spesialis di kota besar. Dengan digitalisasi data, pasien tidak perlu membawa berkas kertas yang rawan hilang.

Dengan analisis big data, pemerintah dapat merencanakan anggaran kesehatan lebih tepat sasaran. Dengan sistem manajemen digital, rumah sakit dapat

²⁵⁷ Yekti Widyaningsih, *Teknologi Informasi Kesehatan*, Yogyakarta: Deepublish, 2019, hlm. 76–84.

memberikan pelayanan yang lebih cepat, efisien, dan akurat.²⁵⁸ Pada akhirnya, transformasi digital adalah proses jangka panjang yang membutuhkan kolaborasi berbagai pihak. Teknologi hanyalah alat; keberhasilan transformasi sangat bergantung pada kesiapan sumber daya manusia, kebijakan yang mendukung, infrastruktur yang memadai, serta komitmen untuk terus beradaptasi dengan perkembangan zaman. Jika semua elemen ini dapat terpenuhi, sektor kesehatan Indonesia mampu memasuki era baru pelayanan kesehatan yang lebih responsif, humanis, dan berbasis teknologi yang berkelanjutan.

B. Pemanfaatan Big Data, Kecerdasan Buatan (AI), dan Telemedicine

Pemanfaatan big data, kecerdasan buatan (Artificial Intelligence/AI), dan telemedicine menjadi pilar penting dalam proses modernisasi sistem kesehatan di Indonesia. Kombinasi ketiga teknologi ini tidak hanya mempercepat proses layanan kesehatan, tetapi juga memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan yang lebih cepat, tepat, dan efisien. Dalam konteks manajemen kesehatan, big data memberikan gambaran besar tentang pola penyakit, perilaku kesehatan masyarakat, serta kebutuhan sumber daya. Sementara itu, AI membantu mempercepat proses pengolahan informasi medis, mulai dari penegakan diagnosis hingga pengambilan keputusan klinis. Telemedicine kemudian hadir sebagai jembatan yang memfasilitasi hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan tanpa harus bertemu secara langsung. Ketiganya saling melengkapi dalam membangun ekosistem kesehatan berbasis teknologi digital.

Big data di sektor kesehatan dapat dimaknai sebagai kumpulan data dalam jumlah sangat besar yang berasal dari berbagai sumber, seperti rekam medis elektronik, hasil laboratorium, riwayat obat, hasil pencitraan medis, dan data layanan kesehatan lainnya. Data tersebut kemudian dianalisis untuk menemukan pola tertentu yang dapat digunakan dalam perencanaan layanan kesehatan, prediksi tren penyakit, hingga penyusunan kebijakan publik. Di Indonesia, pemanfaatan big data semakin terlihat sejak pemerintah mengembangkan platform SATUSEHAT sebagai integrasi berbagai data kesehatan nasional. Melalui data yang terpusat,

²⁵⁸ World Health Organization, *Digital Transformation in Health Care: WHO Guideline*, Geneva: WHO Press, 2020, hlm. 22–28.

pihak manajemen rumah sakit dapat memantau beban layanan, mengidentifikasi penyakit yang sering muncul, dan merencanakan pengadaan obat secara lebih akurat. Big data juga mendukung program kesehatan masyarakat, misalnya dalam mendeteksi peningkatan kasus penyakit tertentu yang memerlukan intervensi cepat dari dinas kesehatan setempat.²⁵⁹

Seiring berkembangnya big data, kecerdasan buatan atau AI memainkan peran penting dalam mengolah data tersebut menjadi informasi yang bermanfaat. AI memungkinkan proses analisis data berlangsung lebih cepat dibandingkan analisis manual. Dalam bidang klinis, algoritma AI digunakan untuk membaca hasil pencitraan seperti CT-scan dan rontgen, mengidentifikasi kelainan tertentu dengan akurasi yang semakin meningkat. Beberapa rumah sakit di Indonesia telah mulai menggunakan teknologi berbasis AI untuk mendukung deteksi dini kanker, seperti kanker paru-paru dan kanker payudara, yang membutuhkan proses analisis cepat dan akurat. AI juga mulai digunakan dalam sistem triase otomatis pada layanan gawat darurat untuk menentukan kategori prioritas pasien berdasarkan gejala yang diinput.²⁶⁰

Selain itu, AI berperan dalam personalisasi pengobatan, terutama bagi pasien dengan penyakit kronis. Dengan mempelajari pola riwayat medis pasien, AI dapat memprediksi potensi risiko komplikasi dan memberikan rekomendasi penanganan yang lebih tepat. Teknologi AI juga membantu tenaga kesehatan dalam penyusunan jadwal pemberian obat, rekomendasi nutrisi, hingga edukasi kesehatan untuk pasien. Semua itu memperkuat posisi AI sebagai alat bantu penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, bukan menggantikan tenaga medis.²⁶¹

Telemedicine menjadi elemen ketiga dalam transformasi teknologi kesehatan modern. Telemedicine tidak hanya sekadar konsultasi daring antara dokter dan pasien, tetapi juga mencakup pemantauan kondisi kesehatan secara jarak jauh, penyampaian hasil pemeriksaan, hingga manajemen obat kronis. Perkembangan

²⁵⁹ Kementerian Kesehatan RI, *Transformasi Digital Kesehatan*, Jakarta: Kemenkes RI, 2022, hlm. 21–25.

²⁶⁰ Laily Maulida, “Pemanfaatan AI dalam Diagnosis Klinis,” *Jurnal Teknologi Kesehatan Indonesia*, vol. 4, no. 2, 2021, hlm. 55–62.

²⁶¹ Yekti Widyaningsih, *Teknologi Informasi Kesehatan*, Yogyakarta: Deepublish, 2019, hlm. 101–109.

telemedicine di Indonesia meningkat pesat dalam beberapa tahun terakhir, terutama setelah pemerintah mengesahkan pedoman penyelenggaraan telemedicine untuk fasilitas kesehatan. Dengan adanya pedoman tersebut, telemedicine memiliki dasar hukum yang kuat dan dapat digunakan oleh masyarakat secara luas. Layanan telemedicine sangat membantu masyarakat di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan, terutama daerah kepulauan dan pedalaman. Melalui telemedicine, mereka dapat berkomunikasi dengan dokter spesialis tanpa harus melakukan perjalanan yang panjang dan mahal.²⁶²

Telemedicine juga mengurangi beban rumah sakit. Saat ini, banyak pasien yang tidak membutuhkan pemeriksaan langsung dapat memperoleh layanan melalui konsultasi daring, sehingga jumlah pasien yang datang ke rumah sakit dapat berkurang. Hal ini berdampak pada pengurangan antrean, peningkatan efisiensi pelayanan, dan penghematan sumber daya. Pengembangan telemedicine tidak hanya dilakukan oleh pemerintah, tetapi juga melibatkan sektor swasta melalui aplikasi layanan kesehatan digital yang kini semakin populer. Peran aplikasi tersebut semakin penting karena mampu menghubungkan pasien dengan berbagai layanan seperti pembelian obat, konsultasi, pemeriksaan laboratorium, hingga layanan ambulans.²⁶³

Kolaborasi antara big data, AI, dan telemedicine menciptakan ekosistem digital yang lebih terintegrasi. Misalnya, data pasien dari telemedicine dapat masuk ke rekam medis elektronik untuk dianalisis lebih lanjut menggunakan AI. Data ini kemudian dapat memberikan gambaran kepada dokter tentang perkembangan kondisi pasien secara real-time. Dengan demikian, pengambilan keputusan medis dapat dilakukan secara lebih cepat dan akurat. Integrasi ini juga mendukung sistem peringatan dini bagi pasien dengan penyakit yang membutuhkan pemantauan intensif, seperti diabetes atau penyakit jantung. Wearable device yang terhubung dengan aplikasi kesehatan dapat mengirimkan tanda-tanda vital pasien secara otomatis kepada dokter. Jika terjadi perubahan signifikan, sistem dapat

²⁶² Kementerian Kesehatan RI, *“Pedoman Penyelenggaraan Telemedicine di Fasilitas Pelayanan Kesehatan,”* 2021, hlm. 8–12.

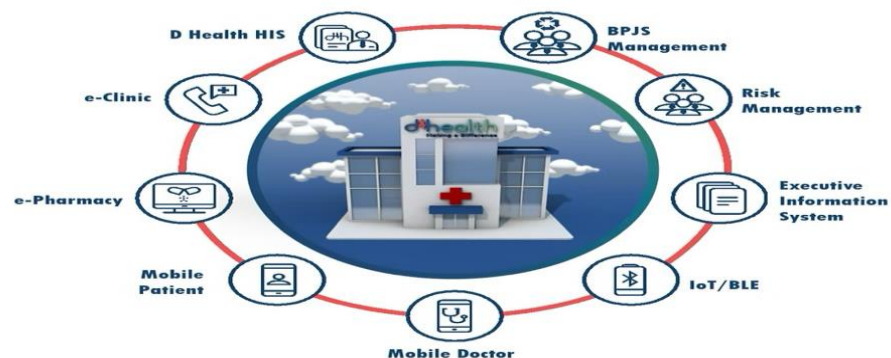
²⁶³ Eny Rochaeni, *“Layanan Telemedicine dan Aplikasi Kesehatan,”* Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, vol. 11, no. 1, 2022, hlm. 40–48.

mengirimkan notifikasi sehingga intervensi cepat dapat dilakukan.²⁶⁴

Meski demikian, pemanfaatan big data, AI, dan telemedicine tetap memiliki tantangan. Salah satu tantangan terbesar adalah keamanan data. Data kesehatan merupakan data sensitif sehingga kebocoran atau penyalahgunaan data dapat memberikan dampak serius. Oleh sebab itu, sistem keamanan informasi harus diperkuat dan penggunaannya harus mengikuti aturan perlindungan data pribadi. Tantangan lainnya adalah literasi digital masyarakat dan tenaga kesehatan. Masih banyak tenaga medis yang belum terbiasa menggunakan sistem digital, sehingga perlu dilakukan pelatihan intensif.

Selain itu, regulasi juga harus terus diperbarui agar dapat mengimbangi perkembangan teknologi yang bergerak cepat.²⁶⁵ Secara keseluruhan, pemanfaatan big data, AI, dan telemedicine menandai era baru dalam manajemen kesehatan. Ketiga teknologi ini tidak hanya mempermudah pekerjaan tenaga medis, tetapi juga meningkatkan kualitas pelayanan, memperluas akses masyarakat, dan mendukung pengambilan keputusan yang lebih tepat. Jika diintegrasikan dengan baik, ketiga komponen ini akan menjadi pondasi penting dalam pembangunan sistem kesehatan Indonesia yang lebih modern.

C. Smart Hospital dan E-Health System



Transformasi digital dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dilepaskan dari

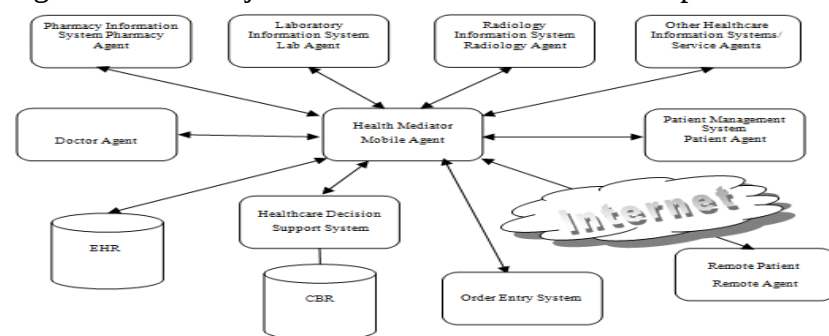
²⁶⁴ Amin Soebandono, *Manajemen Sistem Informasi Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, 2020, hlm. 88–94.

²⁶⁵ WHO, *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*, Geneva: WHO, 2021, hlm. 31–37.

berkembangnya konsep smart hospital dan e-health system, dua elemen penting yang semakin banyak diadopsi di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir. Smart hospital pada dasarnya merupakan pengembangan rumah sakit yang memanfaatkan teknologi digital secara komprehensif untuk meningkatkan mutu pelayanan, efisiensi operasional, serta keselamatan pasien. Sementara itu, e-health system merujuk pada pemanfaatan teknologi informasi dalam seluruh proses penyelenggaraan kesehatan, mulai dari pencatatan data medis, layanan konsultasi, hingga sistem manajemen fasilitas kesehatan. Keduanya saling berkaitan dan menjadi fondasi digitalisasi kesehatan modern.²⁶⁶

Perubahan menuju smart hospital tidak hanya menuntut penggunaan perangkat digital, tetapi juga transformasi budaya kerja. Rumah sakit yang selama bertahun-tahun identik dengan tumpukan berkas dan proses manual secara bertahap mengubah sistemnya menjadi terintegrasi dan berbasis data.²⁶⁷ Integrasi ini memungkinkan pelayanan lebih cepat, akurat, dan minim kesalahan, terutama dalam aspek pencatatan rekam medis dan pengambilan keputusan klinis. Teknologi digital juga membantu rumah sakit dalam manajemen sumber daya, termasuk pengaturan alur pasien, pengelolaan ruang rawat, hingga distribusi obat dan alat medis.

Di Indonesia, penerapan smart hospital terus berkembang didorong oleh program pemerintah, khususnya melalui penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) yang mulai diwajibkan secara nasional.²⁶⁸ Implementasi RME



²⁶⁶ Sugiantoro, I. (2020). *Teknologi Informasi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika, hlm. 42.

²⁶⁷ Hidayat, T. & Rakhman, F. (2021). "Implementasi Internet of Things pada Sistem Monitoring Rumah Sakit." *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 9(2), 75–83.

²⁶⁸ Sumarni, L. (2021). "Kesiapan Tenaga Kesehatan terhadap Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Nasional*, 5(3), 211–220.

memperlihatkan bagaimana teknologi mampu mempercepat proses pelayanan dan meminimalkan risiko kesalahan diagnostik yang sering muncul akibat pencatatan manual. Beberapa rumah sakit besar juga mulai menerapkan sistem integrasi berbasis Internet of Things (IoT), seperti pemantauan kondisi pasien secara real-time, sensor untuk memantau penggunaan alat medis, serta sistem antrean cerdas yang mengurangi waktu tunggu pasien.²⁶⁹

Sementara itu, konsep e-health system mulai merambah masyarakat luas melalui layanan telekonsultasi, sistem pemesanan obat digital, aplikasi manajemen penyakit kronis, serta platform informasi kesehatan berbasis digital. E-health memberikan akses yang lebih merata kepada masyarakat, terutama mereka yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan.²⁷⁰ Di sisi lain, integrasi e-health dengan smart hospital memungkinkan pertukaran data medis secara aman dan efisien, sehingga pelayanan dapat diberikan dengan lebih tepat.

Meski demikian, penerapan smart hospital dan e-health system juga menghadapi tantangan, Kesiapan sumber daya manusia masih menjadi hambatan besar, terutama bagi tenaga kesehatan yang belum terbiasa dengan sistem digital. Selain itu, infrastruktur digital di beberapa daerah belum merata sehingga menghambat integrasi penuh antara fasilitas kesehatan. Tantangan lain yang tidak kalah penting adalah perlindungan data pasien. Semakin banyaknya data medis yang dikelola secara digital menuntut standar keamanan yang ketat untuk mencegah kebocoran informasi.

Meskipun tantangan tersebut masih ada, perkembangan ke arah smart hospital dan e-health system menunjukkan prospek yang sangat positif bagi perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.²⁷¹ Digitalisasi kesehatan telah membuka peluang besar dalam percepatan pelayanan, peningkatan keselamatan pasien, serta efisiensi manajemen rumah sakit. Dengan dukungan regulasi yang tepat dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, transformasi menuju smart hospital

²⁶⁹ Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Pedoman Implementasi Rekam Medis Elektronik Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI, hlm. 12

²⁷⁰ Subianto, B. (2019). *Manajemen Rumah Sakit Modern*. Yogyakarta: Andi Offset, hlm. 101.

²⁷¹ Wulandari, D. (2020). "Perkembangan E-Health dalam Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia." *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 15–22

bukan hanya sekadar tren, tetapi kebutuhan strategis dalam menghadapi era kesehatan modern.²⁷²

Perkembangan smart hospital di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari dinamika sistem kesehatan yang tengah bergerak menuju digitalisasi penuh. Pada dasarnya, smart hospital bukan hanya gedung rumah sakit yang dipenuhi perangkat elektronik, melainkan sebuah sistem layanan kesehatan yang beroperasi melalui integrasi teknologi informasi, automasi, data klinis, dan pengambilan keputusan berbasis algoritma. Transformasi ini bertujuan menghadirkan layanan yang lebih cepat, tepat, manusiawi, dan efisien. Salah satu ciri penting smart hospital masa kini adalah kemampuan menghubungkan seluruh proses klinis mulai dari pendaftaran, skrining awal, pemeriksaan dokter, rawat inap, hingga manajemen farmasi dalam satu platform terpadu. Integrasi ini bukan hanya menyingkat waktu pelayanan, tetapi juga mengurangi kesalahan manusia (human error), terutama dalam pencatatan medis dan pemberian obat.²⁷³

Dalam konteks Indonesia, adopsi smart hospital mengalami percepatan sejak diterapkannya kewajiban rekam medis elektronik (RME) yang diatur melalui regulasi Kementerian Kesehatan. Regulasi tersebut mendorong rumah sakit memperbaiki infrastruktur TI, memperkuat tata kelola data, dan memastikan interoperabilitas dengan platform pemerintah seperti SATUSEHAT. Implementasi semacam ini mengharuskan rumah sakit memiliki perangkat keras yang memadai, jaringan internet stabil, serta tenaga kesehatan yang terlatih dalam penggunaan perangkat digital. Tantangan terbesar yang dihadapi banyak fasilitas kesehatan adalah kesenjangan kemampuan SDM dalam mengoperasikan teknologi baru, terutama di daerah dengan sumber daya terbatas.²⁷⁴

Selain itu, konsep smart hospital juga berkembang melalui penggunaan peralatan medis canggih yang terhubung dengan internet (IoMT—Internet of Medical Things). Contohnya alat pemantau tanda vital otomatis, tempat tidur cerdas yang dapat menggerakkan pasien sesuai kebutuhan klinis, hingga sistem

²⁷² World Health Organization. (2021). *Digital Health Security Guidelines*. Geneva: WHO Press.

²⁷³ Sari, R. P. (2021). *Transformasi Digital Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Kencana, hlm. 55.

²⁷⁴ Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Pedoman Implementasi Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: Kemenkes RI, hlm. 18.

robotik sederhana untuk mengantarkan obat di ruang rawat inap. Teknologi-teknologi ini berfungsi menurunkan beban kerja perawat dan meningkatkan waktu yang dapat mereka habiskan untuk memberikan pelayanan direct care kepada pasien. Di Indonesia, beberapa rumah sakit besar mulai memanfaatkan teknologi pemantauan pasien jarak jauh (remote patient monitoring) yang memungkinkan dokter mengevaluasi kondisi pasien melalui dashboard real-time tanpa harus masuk ke ruangan setiap saat.²⁷⁵

Penguatan e-health system juga memainkan peran sentral dalam menopang ekosistem smart hospital. E-health tidak hanya sebatas aplikasi konsultasi kesehatan daring, tetapi mencakup keseluruhan sistem digital seperti manajemen klaim, pengendalian penyakit menular, rekam medis terpadu, dan penyimpanan data kesehatan nasional. Melalui sistem ini, data klinis yang dulunya tersebar kini dapat dikumpulkan untuk dianalisis, misalnya untuk memprediksi lonjakan penyakit, mengidentifikasi pola penggunaan obat, atau menilai efektivitas intervensi medis tertentu. Pengolahan data kesehatan skala besar ini memberikan manfaat strategis bagi pemerintah dalam menyusun kebijakan berbasis bukti (evidence-based policy) dan memperkuat kesiapsiagaan kesehatan nasional.²⁷⁶

E-health system juga mengubah perilaku masyarakat dalam mengakses layanan. Jika sebelumnya pasien harus datang langsung ke rumah sakit untuk memperoleh informasi kesehatan, kini mereka dapat memantau hasil laboratorium, jadwal kontrol, hingga riwayat pengobatan melalui aplikasi digital. Kecenderungan masyarakat menuju layanan kesehatan berbasis aplikasi semakin meningkat, terutama setelah pandemi COVID-19 mengubah cara masyarakat berinteraksi dengan fasilitas kesehatan. Perilaku baru ini mempercepat transisi rumah sakit menuju layanan tanpa kertas (paperless service), dimana seluruh kegiatan administrasi dilakukan secara digital sehingga mempercepat proses dan mengurangi beban operasional.²⁷⁷

Namun demikian, keberhasilan smart hospital juga membutuhkan komponen pendukung seperti tata kelola teknologi, manajemen risiko, dan keamanan siber.

²⁷⁵ Utami, D. (2022). "Implementasi IoMT dalam Peningkatan Mutu Layanan Rumah Sakit," *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 134–145.

²⁷⁶ Putra, M. A. (2020). "E-Health dan Kebijakan Kesehatan Nasional," *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 13(1), 21–30.

²⁷⁷ Widodo, S. (2021). *Sistem Informasi Kesehatan Modern*. Bandung: Alfabeta, hlm. 92.

Tanpa struktur tata kelola yang baik, teknologi justru dapat menjadi hambatan baru. Contohnya, rumah sakit yang tidak menyiapkan prosedur operasional baku sering kali mengalami kekacauan alur kerja digital seperti antrean ganda, kesalahan input data, dan ketidaksesuaian format dokumen. Selain itu, investasi smart hospital membutuhkan biaya besar dan tidak semua fasilitas kesehatan mampu memenuhi kebutuhan tersebut dalam waktu singkat. Oleh karena itu, upaya transformasi digital harus dilakukan secara bertahap dengan memperhitungkan kemampuan sumber daya manusia, kondisi infrastruktur, dan kesiapan manajerial rumah sakit²⁷⁸

Ke depan, smart hospital di Indonesia diprediksi akan memasuki fase baru yang lebih berorientasi pada kecerdasan buatan (AI-driven healthcare). Teknologi seperti keputusan klinis berbasis AI, radiologi otomatis, dan prediksi risiko penyakit sedang diterapkan secara pilot project di beberapa fasilitas kesehatan. Jika berhasil, teknologi ini dapat mempercepat diagnosis, mengurangi antrian pasien, serta meningkatkan akurasi pengobatan. Dengan demikian, smart hospital bukan hanya sekadar tren, tetapi sebuah arah masa depan sistem kesehatan Indonesia yang harus dipersiapkan secara matang agar dapat menghadapi tuntutan pelayanan kesehatan modern yang semakin kompleks.²⁷⁹

Transformasi digital yang berlangsung dalam bidang kesehatan membawa dampak besar terhadap cara pelayanan medis diselenggarakan. Setiap fasilitas kesehatan kini mulai mengandalkan sistem elektronik, mulai dari rekam medis digital, telemedicine, aplikasi kesehatan, hingga basis data terintegrasi antarinstansi. Meskipun perkembangan ini memberikan banyak kemudahan, digitalisasi juga menimbulkan persoalan etika yang jauh lebih rumit dibanding era pelayanan manual. Data kesehatan bukan sekadar catatan administratif, melainkan informasi sensitif yang dapat memengaruhi kehidupan sosial, psikologis, ekonomi, dan bahkan status hukum seseorang. Oleh sebab itu, isu etika dan keamanan data menjadi perhatian utama dalam proses digitalisasi layanan kesehatan.²⁸⁰

Salah satu persoalan etika yang paling krusial adalah kerahasiaan informasi pasien. Sejak dahulu, kerahasiaan medis menjadi prinsip utama dalam praktik

²⁷⁸ Lestari, N. (2022). "Tantangan Implementasi Smart Hospital di Indonesia," Jurnal Manajemen Rumah Sakit Indonesia, 7(1), 44–57.

²⁷⁹ rasetyo, A. (2023). *Smart Healthcare dan Masa Depan Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hlm. 110–112.

²⁸⁰ Damayanti, R. (2020). *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika, hlm. 55.

kedokteran. Hubungan dokter dan pasien dibangun atas dasar kepercayaan bahwa informasi pribadi yang diberikan pasien akan dijaga sepenuhnya. Namun ketika informasi tersebut dikelola secara digital, risiko penyalahgunaan meningkat karena akses terhadap data tidak lagi terbatas pada dokter saja, tetapi juga tim administrasi, operator teknologi informasi, bahkan vendor penyedia sistem. Jika tidak diawasi dengan ketat, kondisi ini dapat menimbulkan pelanggaran privasi yang berdampak langsung terhadap martabat dan keamanan pasien.²⁸¹ Pada beberapa kasus, kebocoran data kesehatan dapat menyebabkan diskriminasi dari perusahaan asuransi, perselisihan keluarga, atau stigmatisasi sosial terhadap penyakit tertentu.

Selain persoalan privasi, muncul pula tantangan besar dalam hal keamanan sistem informasi kesehatan. Penggunaan server digital, penyimpanan cloud, dan integrasi data antarinstansi membuka peluang ancaman dari luar, khususnya serangan siber. Rumah sakit di berbagai negara pernah menjadi korban ransomware yang menyebabkan seluruh sistem lumpuh sehingga pelayanan terhenti total. Dalam kondisi demikian, nyawa pasien pun dapat terancam karena proses perawatan sangat bergantung pada data digital. Di Indonesia sendiri, beberapa kasus kebocoran data publik menunjukkan bahwa keamanan digital masih menjadi persoalan yang belum sepenuhnya tertangani. Kebocoran data kesehatan dapat berawal dari sistem yang tidak diperbarui, perangkat yang tidak memiliki perlindungan enkripsi, atau kelalaian petugas dalam menjaga kerahasiaan akun dan perangkat.²⁸²

Tantangan etika juga muncul dalam aspek persetujuan berdasarkan informasi (informed consent) pada layanan berbasis digital. Jika dalam pelayanan konvensional consent diberikan setelah penjelasan dokter secara langsung, maka dalam layanan telemedicine atau aplikasi kesehatan persetujuan sering kali diberikan melalui kotak centang tanpa pemahaman mendalam. Banyak pasien tidak menyadari bahwa data mereka mungkin diakses penyedia aplikasi untuk tujuan analisis, penyimpanan jangka panjang, atau dijadikan bagian dari database komersial. Padahal, secara etis penyedia layanan berkewajiban memberi informasi

²⁸¹ Ikatan Dokter Indonesia. (2012). *Kode Etik Kedokteran Indonesia*. IDI Publishing.

²⁸² Siregar, N. & Alamsyah, A. (2021). "Analisis Risiko Keamanan Informasi pada Rumah Sakit." *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 44–53.

yang jelas mengenai bagaimana data digunakan, siapa saja yang mendapat akses, serta untuk tujuan apa data tersebut diproses.²⁸³ Pemahaman pasien menjadi kunci utama agar penggunaan aplikasi kesehatan tidak menimbulkan pelanggaran etika di kemudian hari.

Transformasi digital juga memunculkan persoalan keadilan akses (equity). Meskipun layanan digital mempermudah akses pelayanan di banyak wilayah, kenyataannya tidak semua daerah memiliki infrastruktur yang memadai. Pasien di wilayah terpencil masih mengalami keterbatasan sinyal, perangkat, dan literasi digital. Hal ini membuat digitalisasi berpotensi menimbulkan kesenjangan baru dalam pelayanan kesehatan, di mana pasien di wilayah maju semakin diuntungkan, sementara wilayah tertinggal justru terpinggirkan. Secara etis, penyedia layanan harus memastikan bahwa pengembangan teknologi tidak menimbulkan ketidakadilan, tetapi justru membantu memperluas akses yang lebih merata.²⁸⁴

Isu penting lainnya adalah persoalan akuntabilitas dalam pengelolaan data kesehatan. Ketika terjadi kebocoran data, sering kali sulit menentukan siapa yang bertanggung jawab: apakah fasilitas kesehatan sebagai pemilik data, penyedia aplikasi sebagai pengolah data, atau pihak ketiga sebagai pengelola server. Hal ini menimbulkan kebingungan hukum, terutama ketika data pasien digunakan di luar tujuan layanan medis. Indonesia sudah memiliki Undang- Undang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP), namun implementasinya membutuhkan kesiapan teknis, administratif, dan sumber daya manusia yang belum merata. Tanpa akuntabilitas yang jelas, risiko pelanggaran etika akan terus terjadi.²⁸⁵

Pada akhirnya, tantangan etika dan keamanan data dalam digitalisasi layanan kesehatan bukan hanya persoalan teknologi, tetapi persoalan nilai-nilai moral, profesionalisme tenaga kesehatan, dan kepercayaan masyarakat. Kepercayaan merupakan fondasi bagi seluruh layanan kesehatan; tanpa kepercayaan, pasien enggan menyampaikan informasi secara terbuka, yang akhirnya menghambat proses diagnosis dan terapi. Oleh sebab itu, seluruh proses digitalisasi harus

²⁸³ Rani, K. (2020). "Informed Consent dalam Layanan Kesehatan Digital." *Jurnal Bioetik dan Hukum Kesehatan*, 4(1), 23–31.

²⁸⁴ Putri, A. (2022). "Ketimpangan Akses Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan Digital." *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 10(2), 101–110.

²⁸⁵ Kementerian Komunikasi dan Informatika RI. (2022). *Panduan Implementasi Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi*, hlm. 9.

dijalankan dengan prinsip-prinsip etika yang kuat: menjaga kerahasiaan, memberikan informasi yang jujur kepada pasien, menjamin keamanan sistem informasi, serta memastikan akses yang adil bagi seluruh masyarakat. Hanya dengan cara demikian digitalisasi akan menjadi alat yang memperkuat pelayanan kesehatan, bukan sebaliknya menjadi sumber masalah baru.²⁸⁶

²⁸⁶ World Health Organization. (2021). *Ethics and Governance of Digital Health*. WHO Press.

PENULIS



✚ NAMA : SALWA FASYA ASSYIFA
✚ NIM : 0802242084
✚ PERAN : PENULIS 1
✚ BAB : 1



✚ NAMA : RIMA ARTANTI
✚ NIM : 0802242083
✚ PERAN : PENULIS 2
✚ BAB : 2



✚ NAMA : AIDINA FUTRI RITONGA
✚ NIM : 0802243106
✚ PERAN : PENULIS 3
✚ BAB : 3



NAMA : NAILA TRI ABSARI
 NIM : 0802243099
 PERAN : PENULIS 4
 BAB : 4



NAMA : GHIFARI SYAFA SUKOCO
 NIM : 0802243102
 PERAN : PENULIS 5
 BAB : 5



NAMA : AULIA RAHMADANI
 NIM : 0802243090
 PERAN : PENULIS 6
 BAB : 6



✚ NAMA : PUTRI RAMADANI
TUMANGGER
✚ NIM : 0802243097
✚ PERAN : PENULIS 7
✚ BAB : 7



✚ NAMA : GRECE JOISE ANNESIA.S
✚ NIM : 0802243112
✚ PERAN : PENULIS 8
✚ BAB : 8



✚ NAMA : MEI HERA ASWAR
✚ NIM : 0802242085
✚ PERAN : PENULIS 9
✚ BAB : 9

MANAJEMEN KESEHATAN

STRATEGI, SISTEM, DAN INOVASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN MODERN

Kesehatan masyarakat menjadi salah satu isu penting dan prioritas dalam sebuah negara. Salah satunya adalah Indonesia yang selalu menaruh perhatian dan memberikan anggaran besar untuk kebutuhan kesehatan masyarakat. Sebagai salah satu negara yang memiliki jumlah penduduk di atas 200 juta dan pengguna teknologi maka penting menghadirkan sebuah sistem manajemen kesehatan modern. Buku ini memberikan sebuah tawaran pandangan dalam **“Manajemen Kesehatan: Strategi, Sistem dan Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan Modern”**. Hasil buku ini diharapkan akan menghadirkan kekayaan ilmu dan alternative solusi terhadap modernisasi kesehatan.



QR Code : 02-3870-2150-842

PENERBIT YAYASAN INSAN CIPTA MEDAN
Jalan Baru, Gang Keluarga, Medan Tembung,
Sumatera Utara - Indonesia
Email: yayasaninsanciptamedan@gmail.com
No. Hp/ WA: 085376744230