



EKONOMI KESEHATAN

Tim Penulis:

Yulianti Nataya Rame Kana

Weni Guslia Refti

Yunita Ella Isdianti Noor

Aprillia Veranita

Afrinia Ekasari

Bhisma Jaya Prasaja

Yurita Mailintina

Joni Siahaan

EKONOMI KESEHATAN

Yulianti Nataya Rame Kana

Weni Guslia Refti

Yunita Ella Isdianti Noor

Aprillia Veranita

Afrinia Ekasari

Bhisma Jaya Prasaja

Yurita Mailintina

Joni Siahaan



EKONOMI KESEHATAN

Tim Penulis:

Yulianti Nataya Rame Kana
Weni Guslia Refti
Yunita Ella Isdianti Noor
Aprillia Veranita
Afrinia Ekasari
Bhisma Jaya Prasaja
Yurita Mailintina
Joni Siahaan

Editor : Fildza Fadhila, S.KM., M.Kes.
Tata Letak : Asep Nugraha, S.Hum.
Desain Cover : Septimike Yourintan Mutiara, S.Gz.
Ukuran : UNESCO 15,5 x 23 cm
Halaman : vii, 122
ISBN : 978-623-8385-39-3
Terbit Pada : Januari 2024
Anggota IKAPI : No. 073/BANTEN/2023

Hak Cipta 2024 @ Sada Kurnia Pustaka dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit dan penulis.

PENERBIT PT SADA KURNIA PUSTAKA

Jl. Warung Selikur Km.6 Sukajaya – Carenang, Kab. Serang-Banten
Email : sadapenerbit@gmail.com
Website : sadapenerbit.com & repository.sadapenerbit.com
Telpon/WA : +62 838 1281 8431

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas perkenanan-Nyalah kami dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku “Ekonomi kesehatan” ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman dan komprehensif tentang ekonomi kesehatan.

Ekonomi kesehatan membahas mengenai beberapa hal yaitu: Alokasi sumber daya pada berbagai kegiatan pemberdayaan kesehatan; Jumlah penggunaan sumberdaya di bidang kesehatan; Pengorganisasian dan pendanaan institusi kesehatan; Efisiensi alokasi sumber daya dan penggunaannya untuk tujuan kesehatan yang nantinya dapat berdampak terhadap sekeahatan secara preventif, kuratif dan rehabilitatif baik individu maupun masyarakat. Buku ini adalah kumpulan karya yang mendalam dan komprehensif dari berbagai penulis yang berfokus pada ekonomi kesehatan. Setiap bab menguraikan dengan cermat bagaimana penerapan ilmu ekonomi di bidang kesehatan. Dimulai dengan pengenalan konsep dasar ekonomi kesehatan, bagaimana etika bisnis rumah sakit, perilaku ekonomi kesehatan, *cost of care* dalam sektor kesehatan, ekonomi mikro dan makro, pembiayaan kesehatan, monitoring dan evaluasi kesehatan, serta *universal health coverage*. Melalui buku ini kami berharap dapat memberikan wawasan mendalam tentang ekonomi kesehatan baik itu secara konsep maupun aplikasinya di bidang kesehatan. Buku ini disusun oleh para ahli untuk memberikan pemahaman yang jelas dan praktis tentang konsep ekonomi kesehatan dan penerapannya dalam bidang kesehatan.

Setiap bab dirancang untuk memberikan dasar kuat dalam topik yang beragam diantaranya yaitu: 1). Konsep Dasar Ekonomi Kesehatan, 2). Etika Bisnis Rumah Sakit, 3). Perilaku Ekonomi Kesehatan, 4). *Cost of Care* dalam Sektor Kesehatan, 5). Ekonomi Mikro dan Makro, 6). Pembiayaan Kesehatan, 7). Monitoring dan Evaluasi Kesehatan, 8). *Universal Health Coverage*.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi para akademisi, praktisi, dan siapa saja yang berkepentingan dalam bidang kesehatan khususnya ekonomi kesehatan. Terima kasih telah memilih buku ini sebagai sumber pengetahuan Anda. Semoga Anda menemukan Inspirasi dan wawasan berharga didalamnya.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP DASAR EKONOMI KESEHATAN	1
Ilmu Ekonomi	1
Pokok Bahasan dalam Ilmu Ekonomi	2
Ekonomi Kesehatan	3
Bidang Kajian Ekonomi Kesehatan	9
Permasalahan Kesehatan yang dapat Melibatkan Ilmu Ekonomi	10
Kontribusi dan Aplikasi Ekonomi pada Bidang Kesehatan	11
Metode Ekonomi Kesehatan.....	13
Daftar Pustaka.....	14
Profil Penulis.....	15
BAB 2 ETIKA BISNIS RUMAH SAKIT	16
Latar Belakang	16
Pengertian Etika Bisnis Rumah Sakit.....	24
Faktor Penghambat dalam Etika Bisnis Rumah Sakit.....	25
Faktor Pendukung dalam Etika Bisnis Rumah Sakit.....	26
Beberapa Tantangan Utama dalam Etika Bisnis Rumah Sakit..	27
Promosi Rumah Sakit.....	28
Pengertian Promosi Rumah Sakit.....	29
Rumah Sakit sebagai Penyedia Pelayanan.....	31
Bagaimana Rumah Sakit di Masa yang Akan Datang?.....	33
Pelayanan Rumah Sakit Saat Ini	35
Daftar Pustaka.....	39
Profil Penulis.....	42
BAB 3 PERILAKU EKONOMI KESEHATAN	43
Pendahuluan	43
Karakteristik Ekonomi Kesehatan.....	44
Konsep dan Teori Ekonomi Perilaku.....	46
Menyediakan Layanan Kesehatan Berkualitas Kepada Seluruh Masyarakat.....	47

Mengembangkan Pola Aktivitas Bidang Kesehatan dalam Rangka Memenuhi Kebutuhan Kesehatan Masyarakat.....	49
Menciptakan Kualitas Lingkungan Sehat yang Bertujuan Memelihara Kesehatan Masyarakat.....	52
Literasi Kesehatan Kepada Masyarakat untuk Hidup yang Lebih Baik	52
Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan.....	53
Menuju Kualitas Layanan Kesehatan Masyarakat Sesuai dengan Program <i>Sustainable Development Goals</i> (SDG's).....	54
Evaluasi Ekonomi Kesehatan	55
Daftar Pustaka.....	55
Profil Penulis.....	56
BAB 4 COST OF CARE DALAM SEKTOR KESEHATAN	57
<i>National Health Expenditure</i>	57
Pelayanan Medis (<i>Medical Services</i>).....	57
<i>Home Health Care</i>	60
<i>Medical Goods</i>	61
Daftar Pustaka.....	64
Profil Penulis.....	65
BAB 5 EKONOMI MIKRO DAN MAKRO	66
Ruang Lingkup Ilmu Ekonomi	66
Perekonomian Indonesia dan Kesehatan.....	69
Daftar Pustaka.....	72
Profil Penulis.....	74
BAB 6 PEMBIAYAAN KESEHATAN.....	75
Pembiayaan Kesehatan.....	75
Tujuan Pembiayaan Kesehatan.....	77
Fungsi Pembiayaan Kesehatan.....	78
Model Sistem Pembiayaan.....	81
Daftar Pustaka.....	83
Profil Penulis.....	84
BAB 7 MONITORING DAN EVALUASI EKONOMI KESEHATAN...85	85
Pendahuluan	85
Pengertian Monitoring dan Evaluasi Ekonomi Kesehatan	87
Tantangan dalam Monitoring dan Evaluasi Ekonomi Kesehatan	91

Maksud dan Tujuan Monitoring dan Evaluasi Ekonomi Kesehatan	93
Analisis <i>Cost-Benefit</i>	95
Manfaat Analisis <i>Cost-Benefit</i>	98
Analisis <i>Cost-Effectiveness</i>	100
Evaluasi Program Kesehatan	103
Daftar Pustaka	107
Profil Penulis	108
BAB 8 UNIVERSAL HEALTH COVERAGE	109
Pendahuluan	109
Prinsip JKN dan Awal Operasi	112
Pengembangan JKN Didasarkan pada Lima Prinsip Inti	113
Kunci Utama Membangun JKN	115
Langkah-langkah Kongkrit Membangun JKN	115
Cakupan Perlindungan Program JKN	117
16 Jenis Layanan Kesehatan Dasar dalam 4 Kategori	118
Daftar Pustaka	120
Profil Penulis	122

BAB 1

KONSEP DASAR EKONOMI KESEHATAN

Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.
Universitas Airlangga Surabaya

Ilmu Ekonomi

Kata ekonomi berasal dari bahasa Yunani "*oikos*" yang artinya "keluarga" dan kata "*nomos*" yang berarti "pengaturan". Secara keseluruhan, arti dari dua kata "*oikos*" dan "*nomos*" berarti tatanan keluarga. Makna "keluarga" yang dimaksud bukanlah untuk dipahami secara harafiah, namun dapat melampaui makna istilah "keluarga" yang ada saat ini. Makna keluarga sebagai suatu masyarakat misalnya adalah pengaturan keluarga dalam masyarakat, namun dapat juga mempunyai jangkauan yang lebih luas, misalnya pada tingkat negara. Jadi kalau kita bicara mengatur keluarga, kita sedang membicarakan ekonomi keluarga. Ketika kita membahas peraturan pemerintah, kita juga membahas perekonomian pemerintah. Oleh karena itu kita dapat mengatakan bahwa ilmu ekonomi, seperti halnya ilmu kesehatan, mempunyai bidang penerapan yang sangat luas. Kami memahami kesehatan individu, kesehatan keluarga, dan kesehatan komunitas.

Dari sudut pandang keilmuan, khususnya ilmu-ilmu sosial, ilmu ekonomi merupakan ilmu yang membahas masalah-masalah produksi, distribusi dan konsumsi barang dan jasa. Secara lebih umum, ilmu ekonomi juga dapat menggambarkan perilaku seseorang atau suatu perusahaan dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa perekonomian muncul karena sumber daya yang terbatas dan kebutuhan manusia yang tidak

- 3) Dampaknya terhadap pelayanan kesehatan pedesaan dan sehat
- 4) Permintaan masyarakat terhadap asuransi.
- 5) Sejauh mana resiko biaya karena sakit disadari dan dirasakan oleh masyarakat.

2. Penyesuaian Tarif

Kebijaksanaan Rumah Sakit agar lebih mandiri dalam pembiayaan berdampak pada penyesuaian oleh Rumah sakit, alasannya karena:

- a. Isu pemerataan (*Equity*).
- b. Terbatasnya anggaran kesehatan.
- c. Biaya operasional dan investasi rumah sakit swasta bertambah mahal.
- d. Segmen masyarakat; permintaan lebih tinggi terhadap pelayanan kualitas tinggi.
- e. Isu efisiensi sosial pelayanan kesehatan yang memberikan manfaat.

3. Alokasi Sumber Daya

Ekonomi kesehatan dapat menentukan: Untuk apa dan kemana sebaiknya berbagai sumber daya tersebut dimanfaatkan serta pengalihan alokasi pembiayaan tersebut dimanfaatkan. Pengalihan alokasi ke pembiayaan *public health care*.

4. Efisiensi dan Efektivitas

CEA (*Cost Effective Analysis*) merupakan instrumen potensi untuk menentukan intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan guna menghemat pemanfaatan sumber daya. Misalnya untuk membantu pengambilan keputusan apakah *CT scan* diperlukan, melihat proyeksi utilisasi alat tersebut di masa yang akan datang dan apakah tenaga dokter diperlukan di setiap puskesmas; Mekanisme pasar dan peran swasta sebagai provider asumsi. Efisiensi dan kualitas meningkat karena adanya persaingan antar provider sehingga menghasilkan harga tertentu (dimana penyediaan pelayanan seimbang dengan permintaan).

5. Mekanisme Pasar dan Peran Swasta sebagai Provider

Metode Ekonomi Kesehatan

Adapun beberapa metode dalam ekonomi kesehatan yaitu:

1. Teknik Evaluasi Ekonomi

CBA (*Cost Benefit Analysis*); CEA (*Cost Effectiveness Analysis*); *Cost Analysis; Demand dan supply* pelayanan kesehatan.

2. Teknik analisis ekonomi

BEP (*Break Even Point*); ROI (*Return of Investment*); *Payback Period*.

3. Keuangan

Metode RR keuangan; neraca keuangan; laba-rugi.

Daftar Pustaka

- Aurelya, T., Nurhayati, N., & Purba, S. F. (2022). Pengaruh Kondisi Sektor Kesehatan terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. *Jurnal STEI Ekonomi*, 31(02), 83–92. <https://doi.org/10.36406/jemi.v31i02.752>
- Diwyarthi, N. D. M. S., Putra, R. S. P. P., Aji, S. P., Sayati, D., Abdurohim, & Wulan, S. (2022). *Ekonomi Kesehatan* (Oktavianis & R. M. Sahara, Eds.; 1st ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Ferry Efendi, M. (2009). Ferry Efendi, Makhfudli. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Salemba Medika.
- Jones, W. R. (2021). Water resource prospects for the next 50 years on the water planet: personal perspectives on a shared history from Earth Day, the Fourth Industrial Revolution and One Health to the futures of alternative energy, bioconvergence and quantum computing. *Water International*, 46(7–8), 1158–1186. <https://doi.org/10.1080/02508060.2021.2005332>
- Rafiy, M. (2019). *Ekonomi Kesehatan Pengantar dan Aplikasi* (M. Y. Balaka, Ed.; 1st ed.). AA-DZ Grafika.
- Umaroh, R. (2023). DAMPAK GUNCANGAN KESEHATAN TERHADAP KONSUMSI RUMAH TANGGA DI INDONESIA: ADAKAH PERAN ASURANSI KESEHATAN DAN KREDIT MIKRO? In *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia* (Vol. 8, Issue 1).

PROFIL PENULIS



Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.

Penulis berhasil menyelesaikan studi S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Universitas Nusa Cendana Kupang pada tahun 2014. Pada Tahun 2015, penulis menjadi fasilitator kesehatan reproduksi remaja di beberapa Sekolah Menengah Pertama di Kota Kupang dan Kabupaten Kupang. Selanjutnya, pada tahun 2015 sampai tahun 2018 penulis bekerja sebagai Tenaga Nusantara Sehat di salah satu Puskesmas di Kota Batam, Kepulauan Riau dan Kabupaten Nduga, Papua. Kemudian Tahun 2023, Penulis menyelesaikan studi S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Universitas Airlangga Surabaya. Penulis memiliki minat dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi pada remaja, kesehatan ibu dan kesehatan anak. Penulis masih mengasah kemampuan dalam menulis agar kedepannya dapat lebih baik lagi.

Email Penulis: ramekana@gmail.com

BAB 2

ETIKA BISNIS RUMAH SAKIT

Weni Guslia Refti, S.ST., M.Kes.

Akademi Kebidanan Hampar Baiduri Kalianda Lampung
Selatan

Latar Belakang

Di era 5.0, di mana kemajuan teknologi informasi dan kecerdasan buatan telah mencapai puncaknya, rumah sakit sebagai institusi kesehatan menghadapi tantangan dan peluang yang semakin kompleks. Dalam konteks ini, etika bisnis rumah sakit menjadi landasan kritis yang tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga menggambarkan komitmen terhadap nilai-nilai moral dan tanggung jawab sosial. Seiring dengan integrasi teknologi canggih, munculnya data besar, dan transformasi mendalam dalam penyediaan pelayanan kesehatan, pentingnya etika bisnis dalam operasional rumah sakit tidak hanya sebatas pada efisiensi biaya dan mutu layanan, tetapi juga mencerminkan kepedulian terhadap keamanan pasien, hak privasi, dan dampak sosial. Dalam era 5.0 ini, etika bisnis rumah sakit tidak hanya menjadi norma, tetapi juga pilar utama dalam membentuk wajah pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan berdaya saing. Dalam era 5.0, rumah sakit tidak hanya bertransformasi sebagai pusat penyembuhan penyakit, tetapi juga sebagai entitas yang mencerminkan visi masa depan kesehatan yang inklusif dan terkoneksi. Etika bisnis dalam konteks ini mencakup kebijakan-kebijakan yang memastikan keadilan dalam akses pelayanan, transparansi dalam penggunaan teknologi, dan tanggung jawab terhadap implikasi sosial dari inovasi kesehatan. Seiring dengan

pengetahuan kesehatan. Rumah sakit yang terlibat dalam kegiatan pendidikan dan penelitian dianggap sebagai entitas yang progresif dan inovatif.

3. Keterlibatan Komunitas

Peran rumah sakit dalam meningkatkan kesehatan masyarakat sangat dihargai. Program-program pencegahan, penyuluhan, dan layanan kesehatan komunitas menciptakan keterlibatan yang positif antara rumah sakit dan masyarakat setempat.

4. Pelayanan Kesehatan yang Terjangkau

Masyarakat menginginkan akses mudah dan biaya pelayanan yang terjangkau. Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan berkualitas tanpa memberatkan finansial pasien dianggap sebagai mitra kesehatan yang sangat dihargai.

5. Teknologi dan Inovasi

Masyarakat mengharapkan rumah sakit untuk mengadopsi teknologi terbaru dan inovasi dalam memberikan pelayanan kesehatan. Kemampuan rumah sakit untuk memanfaatkan perkembangan terkini menciptakan rasa percaya bahwa mereka selalu berusaha meningkatkan standar pelayanan.

6. Etika dan Empati

Aspek etika dalam pelayanan kesehatan dan tingkat empati dari tenaga medis adalah nilai tambah yang sangat dihargai oleh masyarakat. Rumah sakit yang menempatkan kepedulian terhadap pasien sebagai prioritas utama cenderung memiliki citra yang baik di mata masyarakat.

7. Dampak Lingkungan dan Keberlanjutan

Keterlibatan rumah sakit dalam praktik ramah lingkungan dan upaya keberlanjutan juga semakin menjadi perhatian masyarakat. Masyarakat mendukung rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap lingkungan dan berkontribusi pada pembangunan berkelanjutan.

8. Transparansi dan Komunikasi Efektif

Masyarakat menghargai transparansi dalam penyampaian informasi terkait pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang dapat berkomunikasi secara efektif, menjelaskan prosedur, dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan kesehatan, mendapatkan kepercayaan yang lebih besar dari masyarakat.

9. Kemitraan dengan Pihak Eksternal

Kerjasama dengan organisasi nirlaba, pemerintah, dan sektor swasta menjadi nilai tambah yang diapresiasi oleh masyarakat. Keterlibatan rumah sakit dalam program-program sosial dan kemitraan yang mendukung kesejahteraan komunitas memperkuat citra positif mereka.

10. Respons Terhadap Krisis dan Bencana

Kemampuan rumah sakit untuk merespons dengan cepat dan efisien terhadap situasi darurat, bencana alam, atau pandemi menjadi faktor penentu dalam pandangan masyarakat. Keberlanjutan pelayanan kesehatan di tengah kondisi sulit menciptakan kepercayaan dan rasa keamanan.

11. Aksesibilitas dan Fleksibilitas Layanan

Masyarakat menginginkan rumah sakit yang dapat diakses dengan mudah, terutama bagi kelompok yang rentan. Fleksibilitas layanan, termasuk pelayanan jarak jauh dan layanan mobile, semakin diapresiasi dalam menjawab kebutuhan diversitas masyarakat.

12. Penghargaan terhadap Keragaman Kultural

Sensitivitas terhadap nilai dan kepercayaan budaya masyarakat menjadi faktor penting dalam persepsi rumah sakit. Pemberdayaan dan penghargaan terhadap keragaman kultural menciptakan lingkungan yang inklusif dan dapat dipercaya.

Dengan menjawab harapan-harapan ini, rumah sakit tidak hanya menjadi penyedia layanan kesehatan fisik, tetapi juga mitra kesehatan yang holistik, mendukung kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Sinergi antara rumah sakit dan masyarakat menciptakan fondasi yang kuat untuk sistem kesehatan yang berkelanjutan dan responsif.

Daftar Pustaka

- A. McCarthy. (2011). *Rauf's da"wa from World Trade Center rubble*.
- Abdul Kadir. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Waktu Pelaporan Keuangan Studi Empiris Pada Perusahaan Manufaktur di Bursa Efek Jakarta. Jurnal Manajemen Akuntansi Volume 12 Nomor 1. Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia*.
- Adi Putra, I. K. A. A., Syaifudin, A., & Adinatha, N. N. M. (2019). Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Umum Daerah Raa Soewondo Pati I. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, 1(2655), 90–98.
- Aditama, T. Y. (2014). "Data Rokok". *www.litbang.depkes.go.id diakses tanggal 27 September 2014*.
- Ahmadreza and Archer. (2016). *Wind Farms with Counter-Rotating Wind Turbines. Sustainable Energy Technologies and Assesments. Vol. 24, pp. 19-30*.
- Ahsan, M. and Indawati, N. (2019). *Implementation weighted product method to determine multiple intelligence child', Journal of Physics: Conference Series, 1375, p. 12038. doi: 10.1088/1742-6596/1375/1/012038*.
- Djalal, F. (2020). *Reformasi Pendidikan dalam Konteks Otonomi Daerah. Yogyakarta: Adicita*.
- dr . Ketut Suarjaya. (2018). *Dinkes Prov Bali. Denpasar , Agustus 2019 Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Bali, MPPM Pembina Utama Madya*.
- Drucker, P. F. (2007). *Management Challenges for the 21st Century*.
- Franz Magnis-Suseno, S. J. (2021). *Etika Dasar (masalah-masalah pokok filsafat moral), jakarta: PT. Kanisius*.
- Griffin, R. W., & Ebert, R. J. (2020). *Business Essentials*.
- Keat, P. G., Young, P. K. Y., & Erfle, S. E. (2016). *Principles of Economics*.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2016). *Principles of Marketing*.
- Kotler, Philip and Keller, K. L. (2013a). *Manajemen Pemasaran, Jilid 1*,

Edisi 13, Erlangga.

Kotler, Philip and Keller, K. L. . (2013b). *Manajemen Pemasaran, Jilid 2, Edisi 13, Erlangga.*

Kotler, K. (2009). *Manajemen Pemasaran. Penerbit Erlangga. Jakarta.*

Leavell dan Clark. (2008). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach, McGraw-Hill, New York.*

Levinas, E. (2021). *Discovering Existence with Husserl. Translated by Richard A. Cohen and Michael B. Smith Moran, Demon. 2021. Introduction to Phenomenology. London and New York: Routledge.*

Mardjono Reksodiputro. (2007). *Hak Asasi Manusia Dalam Sistem Peradilan Pidana. Kumpulan Karangan Buku Ketiga. Pusat Pelayanan Keadilan dan Pengabdian Hukum (d/h Lembaga Kriminologi Universitas Indonesia. Jakarta.*

Monroe, K. (2015). *Princing: Making Profitable Decisions. Diakses pada <http://eprints.umpo.ac.id/> pada tanggal 2 Desember2020.*

Notoatmodjo S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014. 23– 8.*

Nussbaum, M. (2022). "Narrative Emotions: Beckett's Genealogy of Love", dalam *Ethics, Vol. 98, No. 2, hlm. 225-254. Konten ini diunduh dari <http://www.jstor.org/stable/1600111>,.*

Pendit, N. S. (2003). *Ilmu Pariwisata Sebuah Pengantar Perdana. Jakarta: Pradnya Paramita.*

Porter, M. E. (2014). *Strategi Bersaing : Teknik Menganalisis Industri dan Pesaing, Erlangga, Jakarta.*

Prof. Dr. Julian Savulescu. (2022). *Etika dalam ekonomi kesehatan.*

Prof. Dr. Kaelan, M. . (2020). *Pendidikan Pancasila.*

R.Sjamsuhidajat, W. de jong. (2013). *BUKU-AJAR ILMU BEDAH (wim de jong R.Sjamsuhidajat (ed.); revisi). Buku Kedokteran EGC.*

Rachmawati, R., Hapsari, S. A., & Cita, A. M. (2018). *Virtual space utilization in the Digital SMEs Kampongs.: Human Geographies – Journal of Studies and Research in Human Geography, Vol. 12, No. 1. doi:10.5719/hgeo.2018.121.3.*

- Singer, P. (2021). *Karl Marx: Sebuah Pengantar Singkat*. Yogyakarta: IRCiSoD.
- Stanton, W. J. (2012). *Prinsip pemasaran, alih bahasa : Yohanes Lamarto* Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Sutisna. (2017). *Kontribusi Kepemimpinan Otentik Terhadap Perilaku Kewargaan Organisasional* Jurnal Riset Bisnis & Investasi. Volume 3 Nomor 3, hal. 99-110.
- Thabrany, H. (2016). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

PROFIL PENULIS



Weni Guslia Refti, S.ST., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk kuliah Kebidanan di Tangerang Akademi Kebidanan Assifa Tangerang, dengan memilih Jurusan Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2008. Setelah bekerja di Klinik kemudian penulis tertarik melanjutkan pendidikan ke Universitas Malahayati Lampung dan berhasil menyelesaikan studi D4 Kebidanan di prodi Bidan Pendidik pada tahun 2012. Tidak menunggu lama, penulis melanjutkan kembali S2 di Universitas Malahayati Lampung dan menyelesaikan studi S2 pada tahun 2014. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: prikecil.1308@yahoo.com

BAB 3

PERILAKU EKONOMI KESEHATAN

Hj. Yunita Ella Isdianti Noor, S.Keb., Bd., M.Kes.
Universitas Dr. Soetomo Surabaya

Pendahuluan

Ekonomi kesehatan adalah cabang ilmu ekonomi yang secara khusus berkaitan dengan penerapan ilmu ekonomi pada kesehatan individu dan komunitas. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2009), pelayanan kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan secara mandiri atau bersama-sama dengan organisasi. Hakikat pelayanan kesehatan adalah upaya menyeluruh, yang dilakukan secara individu dan kolektif, untuk mencapai tujuan pembangunan nasional yaitu meningkatkan derajat kesehatan seluruh masyarakat. Umumnya sebagian besar masyarakat selalu berupaya untuk menjaga kesehatan prima agar dapat menjalankan kehidupan sehari-hari dengan sempurna. Upaya tersebut didukung oleh upaya promosi kesehatan yang dilaksanakan di berbagai bidang seperti perekonomian, kesehatan fisik dan mental, serta status kesehatan. Pengambil kebijakan pemerintah di sektor kesehatan menggunakan instrumen kebijakan yang berbeda berdasarkan faktor yang berbeda.

Pemerintah menggunakan pengetahuan tentang perilaku konsumen untuk mengembangkan kebijakan yang mendorong pengambilan keputusan yang lebih baik mengenai masalah kesehatan dan lingkungan. Ekonomi kesehatan adalah studi tentang bagaimana permintaan dan penawaran berbagai sumber daya di masyarakat mempengaruhi perilaku kesehatan. Evolusi dunia ekonomi kesehatan

program layanan kesehatan tertentu), anggaran pemerintah, dll).

d. Pertimbangan aspek alokasi sumber daya: vertikal, lintas program, horizontal, alokasi biaya program, dll.

2. Makro

a. Analisis sektor kesehatan secara keseluruhan dan keterkaitannya dengan sektor sosial ekonomi lainnya. Tujuannya adalah untuk mengukur kontribusi sektor kesehatan terhadap pembangunan ekonomi.

b. Hitung “keuntungan” sektor medis dalam satuan moneter.

c. Mengenali dampak kebijakan dan pembangunan di sektor lain terhadap perubahan status kesehatan.

Menuju Kualitas Layanan Kesehatan Masyarakat Sesuai dengan Program *Sustainable Development Goals* (SDG's)

Saat ini, masih banyak masyarakat yang belum memahami betapa pentingnya kesehatan bagi kehidupan individu dan masyarakat. Tantangan dalam memberikan informasi bukanlah hal yang kecil dan mudah, namun penyebaran informasi harus dilakukan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Tujuan penyebaran informasi adalah untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan pribadi dan masyarakat serta lingkungan. Terjaganya kesehatan yang seimbang dapat memberikan dampak positif bagi kelangsungan kehidupan saat ini dan masa depan, serta menjaga keberlangsungan suatu negara.

Hal ini juga berpeluang meningkat mengingat untuk meningkatkan pendapatan nasional suatu negara juga memerlukan penduduk yang sehat dan produktif. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) digagas oleh para pemimpin dunia dengan tujuan untuk menjaga kesejahteraan ekonomi masyarakat secara berkelanjutan, baik dari segi kualitas sosial, kualitas lingkungan dan keadilan. Peta ini memetakan arah pembangunan. Itu terus dijamin dari generasi ke generasi. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) mencakup 17 tujuan dan 169 target yang harus dicapai pada tahun 2030.

Evaluasi Ekonomi Kesehatan

Pentingnya evaluasi ekonomi adalah bahwa evaluasi ekonomi merupakan alat ekonomi kesehatan yang menggunakan konsep dan metode untuk memberikan informasi dalam pengambilan keputusan mengenai intervensi kesehatan. Karena keterbatasan sumber daya, intervensi berbiaya rendah adalah pilihan terbaik untuk program UKP dan UKM. Hasilnya dapat digunakan sebagai kesimpulan pemerintah mengenai laba atas investasi yang dicapai dalam pelaksanaan intervensi kesehatan.

Daftar Pustaka

- Diwyarthi, Ni., dkk. (2022). Ekonomi Kesehatan. PT. Global Eksekutif Teknologi: Padang, Sumatera Barat.
- Hardayati W, Mulyadi, Daryono. 2011. Analisis Perilaku Masyarakat terhadap Angka Bebas Jentik dan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Pekanbaru Riau. Jurnal Ilmu Lingkungan. 2011; ISSN 1978-5283.
- Santi Diwyarthi, Ni Desak Made. 2021. Pandemi Covid-19 dan Pariwisata dalam Tinjauan Kajian udaya. Denpasar: Politeknik Pariwisata Bali.
- Santi Diwyarthi, Ni Desak Made. 2021. Kamala: Kepariwisataaan Berbasis Masyarakat, Budaya dan Berkelanjutan. Denpasar: Politeknik Pariwisata Bali.

PROFIL PENULIS



HJ. Yunita Ella Isdianti Noor S.Keb., Bd., M.Kes.

Penulis merupakan Pengajar tetap non-PNS di Universitas DR. Sutomo Surabaya sejak tahun 2023. Ketertarikan menulis dimulai ketika berada di bangku pendidikan Magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya. Riwayat pendidikan penulis adalah lulusan SMAN 2 Pare Kediri, Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan studi S2 prodi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis aktif menjadi pengajar prodi D3 dan S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dr. Soetomo Surabaya. Penulis memiliki interest di Bidang Ilmu Perilaku untuk mewujudkan dan mengasah ketertarikan tersebut maka penulis menuangkannya dalam karya buku. Beberapa penelitian ilmiah berupa jurnal telah diterbitkan oleh penulis sejak tahun 2018. Motivasi sebagai penulis adalah mengasah ketertarikan terhadap sebuah bidang yaitu ilmu perilaku. Kedua, membubuhkan karya ilmiah abadi dalam bentuk buku sehingga amal jariyah dapat dinikmati oleh penulis dan keluarga.

BAB 4

***COST OF CARE* DALAM SEKTOR KESEHATAN**

Ns. Aprillia Veranita., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B.
STIKes Mitra Keluarga

National Health Expenditure

Layanan kesehatan pribadi, barang dan jasa Perawatan Kesehatan Pribadi atau *Personal Health Care (PHC)* terdiri dari seluruh pendapatan yang diterima oleh penyedia layanan kesehatan dan perusahaan pengecer produk dan layanan medis, serta semua pendapatan dan jasa, hibah, subsidi, dan filantropi yang diterima oleh penyedia layanan kesehatan. Ini termasuk rawat inap; jasa profesional; perawatan kesehatan, perumahan dan perawatan pribadi lainnya; perawatan kesehatan di rumah; pekerjaan keperawatan di lembaga dan komunitas pensiun perawatan jangka panjang; dan penjualan eceran produk medis. Di bawah ini adalah ringkasan sumber data yang digunakan dalam evaluasi setiap barang dan jasa.

Pelayanan Medis (*Medical Services*)

1. Perawatan Rumah Sakit (*Hospital Care*)

Dalam *National Health Expenditure Accounts (NHEA)*, pendapatan yang diterima dari seluruh pelayanan yang diberikan kepada pasien di rumah sakit dianggap sebagai biaya rumah sakit. Oleh karena itu, biaya termasuk pendapatan kamar dan makan, serta layanan tambahan seperti biaya operasional, layanan rawat jalan dan rawat jalan, dokter keluarga, apotek rawat jalan, panti jompo,

Berdasarkan Opini (Prasetya, 2022) menyebutkan bahwa pemerintah Indonesia sejak Juli 2022 telah memperkenalkan sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di beberapa rumah sakit nasional, namun tingginya pengeluaran yang harus dikeluarkan sendiri *OOP* untuk layanan kesehatan. Pengeluaran *OOP* Indonesia jauh di atas standar internasional dan negara-negara lain di kawasan. Waktu tunggu yang lama untuk berobat masih menjadi kendala dalam mendapatkan layanan kesehatan yang layak. Pasien yang memerlukan pembedahan menghadapi waktu tunggu rata-rata antara dua minggu hingga satu bulan, atau bahkan lebih. Hal ini berarti banyak peserta *Jaminan Kesehatan Nasional* (JKN) memilih berobat di luar sistem JKN sehingga memaksa mereka membayar *OOP* dan berpotensi menggerus pendapatan dan tabungan mereka. Penyebab utama tingginya pengeluaran *OOP* untuk obat-obatan dan layanan kesehatan adalah rendahnya angka *Indonesia Case Base Groups (INACBG) rate*. biaya prosedur medis biasanya lebih tinggi dibandingkan kapitasi. Pemerintah Indonesia harus memastikan bahwa semua orang memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan tanpa memandang status sosial ekonomi mereka. Pasien harus menerima intervensi layanan kesehatan yang diperlukan berdasarkan kebutuhan layanan kesehatan mereka, bukan kemampuan mereka untuk membayar. Hal ini akan mengurangi kesenjangan kesehatan dan menjadi langkah signifikan menuju cakupan kesehatan universal di Indonesia. Pembayaran asuransi kesehatan, dan pembayar serta program pihak ketiga lainnya. Di tingkat Puskesmas, perkiraan ini tidak mencakup administrasi publik, biaya asuransi kesehatan, kesehatan masyarakat atau investasi.

Daftar Pustaka

- Berkowitz, S. A., Ricks, K. B., Wang, J., Parker, M., Rimal, R., & Dewalt, D. A. (2022). Evaluating A Nonemergency Medical Transportation Benefit For Accountable Care Organization Members. *Health Affairs*, 41(3), 406–413. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00449>
- Hempel, S., Bolshakova, M., Hochman, M., Jimenez, E., Thompson, G., Motala, A., Ganz, D. A., Gabrielian, S., Edwards, S., Zenner, J., Dennis, B., & Chang, E. (2023). Caring for high-need patients. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1289. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10236-w>
- JAKE MILLER. (2023). *Care Costs More in Consolidated Health Systems, Promise of quality increase, price drop for comparable services not realized, study shows.* <https://hms.harvard.edu/news/care-costs-more-consolidated-health-systems>
- McCance-Katz, E. F. (2018). The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): New Directions. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800281>
- NHEA. (2022). *National Health Expenditure Accounts: Methodology Paper, 2022 Definitions, Sources, and Methods.* <https://www.cms.gov/files/document/definitions-sources-and-methods.pdf>
- Prasetya, D. (2022). *Healthcare costs leave Indonesians out-of-pocket.* <https://theprakarsa.org/healthcare-costs-leave-indonesians-out-of-pocket/>
- Thomas, D., John, D., Ashoush, N., Lega, F., & Li, H. (2018). Market access, pharmaceutical pricing, and healthcare costs. In *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research: Clinical Pharmacy, Drug Information, Pharmacovigilance, Pharmacoeconomics and Clinical Research*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814276-9.00017-9>

PROFIL PENULIS



Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B.

Penulis menyelesaikan *Medical Surgical Nursing Specialist Study Program, University of Indonesia*, Jakarta. Master of nursing, Sint Carolus school of health science, Jakarta. Penulis sebagai pengajar di STIKes Mitra Keluarga, Pada Program studi S1Keperawatan, Profesi dan Ners. Mata kuliah yang diampuh Anatomi dan Fisiologi, dan Patofisiologi Tubuh Manusia Sebagai *Education and Training Coordinator* di Mitra Keluarga Cikarang Hospital-Mitra Keluarga Bekasi Timur Hospital (2011-2014). Staff nurse, Mitra Keluarga Bekasi Barat Hospital (1997-2010). Penulis juga mengikuti Workshop *Palliative Care Nursing* di Kuala Lumpur Malaysia pada tahun 2019. *The Training Workshop for Cultivation of International Talent Nursing Professional by Departemen Of Nursing College of Medicine, National Chengkung University Taiwan, ROC* tahun 2018. Study Visit at Tzu Chi University, Hualien, Taiwan tahun 2018. Music Therapy Conference, Taman Ismail Marzuki Jakarta tahun 2017. Tulisan ilmiahnya yang berjudul “*The Influence of Music Therapy & Deep Breathing Exercise Towards Pain, Pulse Frequences, Breath Frequences of Lung Cancer Patients*” telah disampaikan pada 4 th SPUP International Health Care Congress at St Paul University Philippines, Tuguegarao City, Cagayan tahun 2018. Menjadi narasumber pada Webinar Keperawatan tahun 2021 dan 2023. Buku teks yang telah ditulis: Keperawatan Medikal Bedah Kekhususan Onkolgi: Manajemen Kanker Paru *Evidence Based Care* (EBC), TOTAL KNEE ARTHROPLASTY DAN OSTEOARTRITIS: Dengan Pendekatan Teori Keperawatan.

Email Penulis: aprilliaveranita@gmail.com

BAB 5

EKONOMI MIKRO DAN MAKRO

Afrinia Ekasari, S.TP., M.Si.
STIKes Mitra Keluarga

Ruang Lingkup Ilmu Ekonomi

Ilmu ekonomi merupakan salah satu ilmu pengetahuan yang mempelajari perilaku masyarakat dalam mengelola produksi, distribusi dan konsumsi masyarakat terhadap barang dan jasa. Ilmu ekonomi pertama kali di cetuskan oleh Adam Smith dengan bukunya *Wealth of Nations* tahun 1776 dimana terdapat *Invisible Hand* yang memandu manusia untuk memaksimalkan sumber daya yang terbatas dalam mencapai tujuan tertentu. Ilmu ekonomi merupakan studi tentang pemanfaatan sumber daya yang tersedia baik sumberdaya alam, sumberdaya modal maupun sumberdaya manusia dalam memenuhi kebutuhan individu dan masyarakat.

Menurut Budiono (1982) kegiatan manusia dalam suatu masyarakat dapat dibagi menjadi 3 macam kegiatan (ekonomi) pokok: (1) kegiatan produksi, (2) kegiatan konsumsi, dan (3) kegiatan pertukaran. Ilmu ekonomi memusatkan perhatiannya pada ketiga proses kegiatan ekonomi pokok beserta pihak-pihak yang bersangkutan dengan kegiatan-kegiatan tersebut (produsen, konsumen, pedagang, pemerintah, dan sebagainya). Para ekonom dengan menggunakan teori-teori ekonomi mampu menjelaskan suatu fenomena ekonomi yang terjadi, menafsirkan perilaku ekonomi serta menganalisa permasalahan ekonomi secara komprehensif.

pemerintah dalam system pasar diantaranya pajak, operasi pasar dan subsidi, hal tersebut dapat mempengaruhi perilaku produsen dalam memproduksi barang dan jasa.

c. **Ekonomi Tenaga Kerja**

Teori ekonomi mikro yang mempelajari hubungan antara gaji, jumlah tenaga kerja, tingkat pendidikan, kondisi kesehatan dan distribusi pendapatan tenaga kerja

2. Ekonomi Makro

John Maynard Keynes, yang dianggap sebagai bapak pendiri makroekonomi, menulis *The General Theory of Employment, Interest and Money* pada tahun 1936. Dalam buku tersebut, ia memperkenalkan pertimbangan simultan keseimbangan barang, tenaga kerja, dan keuangan.

Ekonomi makro berkaitan dengan perilaku ekonomi secara keseluruhan seperti kebijakan ekonomi pemerintah (kebijakan fiskal dan moneter) dan industri. Ekonomi makro mempelajari keputusan negara dan pemerintah diantaranya menentukan tingkat inflasi yang optimal dan faktor-faktor yang dapat merangsang pertumbuhan ekonomi. Teori makroekonomi dapat menganalisis bagaimana tingkat pengangguran dan kemiskinan, faktor kesehatan masyarakat, pendapatan nasional, tabungan, dan tingkat harga secara keseluruhan yang mempengaruhi produk domestik bruto.

Pengaruh makro ekonomi terhadap kesehatan dapat dilihat secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dapat dilihat melalui produktivitasnya dan secara tidak langsung dapat dilihat dari faktor produksinya (Rudiger Dornbusch,2008). Subjek ekonomi makro adalah pendapatan nasional, kesempatan kerja, inflasi, suku bunga, dan neraca pembayaran. Kebijakan ekonomi makro dibuat pemerintah untuk mengukur kinerja perekonomian suatu negara berdasarkan Produk domestik Bruto (PDB), dimana PDB ini berfungsi indikator dalam menilai belanja rumah tangga, belanja modal, belanja pemerintah, dan surplus ekspor.

pengurangan angsuran PPh Pasal 25. Disamping itu, pemberian insentif/fasilitas Pajak Pertambahan Nilai yang terdampak Covid-19. Kebijakan moneter dalam konteks ekonomi makro juga diambil harus selaras dengan kebijakan fiskal dalam meminimalisir dampak Covid-19 terhadap perekonomian nasional. Oleh sebab itu otoritas moneter dalam hal ini Bank Indonesia menjaga nilai tukar rupiah, mengendalikan inflasi dan memberikan stimulus moneter untuk dunia usaha diantaranya relaksasi pemberian kredit perbankan dan mengintensifkan penyaluran Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Menurut konsep ekonomi makro non klasik, peran kesehatan terhadap ekonomi lebih dari sekedar bagian dari modal manusia yang mempengaruhi produktivitas tenaga kerja.

Hubungan antara kesehatan dan ekonomi juga dapat di ukur dengan beberapa pendekatan, seperti: 1) Biaya penyakit (*cost of illnesses*); 2) Perubahan struktur demografi; 3) Value of statistical life (VSL).

Pendekatan pertama menyatakan bahwa adanya penyakit memperburuk perekonomian melalui biaya langsung kesehatan dan pengobatan, selanjutnya biaya tidak langsung melalui hilangnya produktivitas dan biaya tidak berwujud akibat adanya kehilangan anggota keluarga yang meninggal karena penyakit. Pendekatan kedua berargumen bahwa kesehatan merupakan pemicu perubahan struktur demografi (Tasya A, 2022).

Menurut Alon dkk (2021), dampak terhadap pertumbuhan ekonomi dari pandemi COVID-19 paling parah terjadi di negara berkembang khususnya distribusi pendapatan masyarakat. Kebijakan lockdown, publik asuransi, demografi, kapasitas layanan kesehatan, dan komposisi lapangan kerja sektoral. Tingginya angka kematian akibat COVID-19 yang lebih tinggi di negara-negara berkembang kemungkinan besar didorong oleh faktor-faktor kapasitas ICU dan kemampuan untuk bekerja dari rumah (misalnya penyakit penyerta, kualitas rumah sakit, dll).

Pertumbuhan ekonomi Indonesia dapat pulih dengan cepat dikarenakan begitu intensifnya kebijakan ekonomi yang dilakukan oleh pemerintah baik itu secara ekonomi makro dan ekonomi mikro. Pertumbuhan ekonomi yang minus pada tahun 2020 kembali mengalami peningkatan pada tahun 2021. Pemulihan ini dapat juga

diakibatkan oleh peningkatan anggaran sektor kesehatan sehingga belanja pemerintah di sektor kesehatan mengalami peningkatan sejak pandemi covid 19. Belanja pemerintah dalam meningkatkan kesehatan masyarakat secara langsung merupakan pendorong penting untuk mendorong pembangunan ekonomi. Belanja pemerintah diantaranya program vaksinasi, program distribusi antibiotik, distribusi suplemen, peningkatan pelayanan kesehatan, yang cenderung menghasilkan perbaikan besar secara langsung di bidang kesehatan (Bank Dunia, 1993). Selain itu, kebijakan pemerintah yang menargetkan dampak tidak langsung kesehatan terhadap pertumbuhan ekonomi seperti pengendalian kelahiran, keluarga berencana, dan program pendidikan juga dapat lebih mendorong pembangunan ekonomi. (Bloom dkk, 2020).

Daftar Pustaka

- Ahsan A, Bella Andriana, dkk. 2022. Pengantar Ekonomi Kesehatan. PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.
- Aurelya Tasya, Nurhayati, Purba Fery S.2022.Pengaruh Kondisi Sektor Kesehatan Terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. Jurnal STEI Ekonomi, 31(2),83-92.
- Bloom, D E, M Kuhn and K Prettnner (2020), "The contribution of female health to economic development", Economic Journal 130: 1650-1677.
- Bloom, D E, D Canning, R Kotschy, K Prettnner and J Schuenemann (2022), "Health and economic growth: Reconciling the micro and macro evidence", CEPR Discussion Paper 17393.

- Boediono . 1982. *Ekonomi Mikro*. Seri Sinopsis PIE No. 1, BPFE, Yogyakarta.
- Dornbusch Rudiger, Fischer Stanley, Staert Richard.2008. *Makroekonomi*. PT Media Global Edukasi.
- Kurniawati Endah. 2021. Pengaruh Struktur Umur Penduduk Terhadap Pertumbuhan Ekonomi di Indonesia. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, (21(1), 41 – 58.
- Titan Alon, Minki Kim, David Lagakos, Mitchell VanVuren, 2021. *Macroeconomic Effects of COVID-19 Across the World Income Distribution*. Department of Economics, University of California San Diego.
- World Bank (1993), *World development report 1993: Investing in health*, Washington, DC: World Bank.

PROFIL PENULIS



Afrinia Ekasari, S.TP., M.Si.

Penulis berprofesi sebagai dosen di prodi S1 Gizi STIKes Mitra Keluarga. Penulis lahir di Jakarta tanggal 8 April 1983, telah menikah dan memiliki 3 orang anak. Selain sebagai dosen, penulis juga bertugas sebagai kepala Lembaga penelitian dan pengabdian masyarakat STIKes Mitra Keluarga. Penulis menempuh Pendidikan S1 di jurusan teknologi pangan universitas djuanda dan S2 jurusan gizi masyarakat di universitas IPB.

Sebelum berkecimpung sebagai dosen penulis memiliki pengalaman selama 6 tahun sebagai R&D sensori di PT Nutrifood Indonesia. Penulis mengampu beberapa mata kuliah di prodi S1 Gizi seperti kimia, analisis zat gizi, mikrobiologi pangan, teknologi pengolahan pangan dan mata kuliah halal food. Penulis juga banyak menulis di jurnal baik nasional maupun internasional serta memiliki beberapa karya hak cipta. Penulis telah dua kali mendapatkan hibah PDP DIKTI sebagai ketua peneliti. Penelitian terbaru dari penulis yang mendapatkan hibah adalah Potensi minuman jalembi (jambu, lemon, melon, bit) sebagai minuman probiotik.

Email Penulis: afriniaekasari2014@gmail.com

BAB 6

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Bhisma Jaya Prasaja, Amd.RMIK.
Universitas Santo Borromeus

Pembiayaan Kesehatan

Menurut Pasal 3 Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, pembiayaan kesehatan adalah salah satu komponen penting dari pengelolaan kesehatan yang terstruktur dalam Standar Kesehatan Nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). Metode dan prosedur untuk menggali, mengalokasikan, dan mengeluarkan dana kesehatan untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan masyarakat yang terbaik dikenal sebagai subsistem pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan pada dasarnya mengacu pada segala bentuk dan prosedur yang digunakan untuk mengumpulkan, mengalokasikan, dan memanfaatkan dana atau sumber daya untuk mendukung operasional sistem kesehatan. Ini mencakup berbagai sumber pendanaan, termasuk kontribusi pemerintah, sektor swasta, dan partisipasi individu dalam upaya memberikan layanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi semua orang.

Berdasarkan konsep ini, biaya Kesehatan dapat dianalisis dari dua perspektif utama, yakni:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*)

Adalah adalah jumlah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan upaya kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dari sudut pandang penyedia layanan, biaya layanan kesehatan merupakan

Untuk mendukung penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat, sangat penting untuk memahami biaya kesehatan saat membuat kebijakan. Selain itu, sangat penting untuk melindungi mereka yang menerima layanan dari beban keuangan yang signifikan, sehingga aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan tidak hanya menjadi hak, tetapi juga dapat diakses secara ekonomis oleh seluruh lapisan masyarakat.

Tujuan Pembiayaan Kesehatan

Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah untuk memberikan modal serta mengatur insentif keuangan penyedia layanan untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan masyarakat dan individu yang efektif dalam bidang kesehatan (WHO, 2008).

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk memberikan pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan di masyarakat. dalam jumlah yang cukup, merata dan digunakan secara efektif dan efisien untuk menjamin terlaksananya pembangunan kesehatan saat ini yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2009). Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkelanjutan memainkan peran penting dalam penyediaan layanan kesehatan untuk mencapai berbagai tujuan utama pembangunan kesehatan di suatu negara, termasuk penyediaan dan pemerataan akses terhadap layanan kesehatan (*equitable access to health services*) dan layanan berkualitas. Sistem pembiayaan layanan kesehatan harus bertujuan untuk:

1. Risk Spreading

Pembiayaan kesehatan harus mampu menyeimbangkan risiko dan biaya secara konsisten sehingga seluruh rumah tangga dapat mengatasinya. Artinya, sistem pendanaan harus mampu memprediksi tingkat kesulitan seseorang dan besarnya pendanaan dalam jangka waktu tertentu, misalnya satu tahun. Jumlah tersebut kemudian dibagi atau dirata-ratakan setiap bulannya hingga menjadi premi asuransi bulanan (iuran, tabungan) yang harus dibayar oleh pengguna layanan kesehatan.

dengan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan, yang merupakan bentuk yang paling rumit. Ini biasanya terjadi di fasilitas kesehatan swasta. Namun, model yang paling umum digunakan adalah model "flat rate", di mana biaya per episode sakit tetap.

3. Model *Saving Based*

Model ini mempunyai karakteristik '*risk spreading*' pada individu namun tidak terjadi risk pooling antar individu. Dengan kata lain, biaya kesehatan langsung akan ditanggung oleh individu sesuai dengan tingkat penggunaannya. Namun, mereka dibantu dalam mengelola pengumpulan dana (penghematan) dan menggunakannya saat mereka memerlukan layanan kesehatan. Biasanya, model ini hanya dapat mencakup pelayanan kesehatan primer dan akut, bukan pelayanan kesehatan yang lebih kronis dan kompleks, yang biasanya tidak dapat ditanggung oleh semua orang meskipun menggunakan mekanisme perbaikan. Akibatnya, model ini tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya model di suatu negara; sebaliknya, model lain harus digunakan untuk menanggung biaya kesehatan untuk kelompok yang berbeda dan lebih luas.

4. Model *Informal*

Ciri utama model ini adalah bahwa orang tidak hanya membayar dokter dan bidan, tetapi juga orang lain yang memberikan layanan kesehatan, seperti mantri dan pengobatan tradisional. Pembayaran ini tidak dilakukan secara formal atau tidak diatur tentang jumlah, jenis, dan mekanisme pembayaran. Biaya umumnya berasal dari kesepakatan atau sebagian besar diatur oleh penyedia, dan juga dapat berupa pembayaran dengan barang. Model ini sering muncul di negara berkembang yang belum memiliki sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan yang dapat mencakup semua golongan masyarakat dan jenis pelayanan yang berbeda.

5. Model *Insurance Based*

Sistem pembiayaan dengan pendekatan asuransi mempunyai perbedaan utama dimana individu tidak menanggung biaya langsung pelayanan kesehatan. Konsep asuransi memiliki dua ciri khas: pengalihan risiko sakit pada satu orang ke satu kelompok dan

pembagian keuntungan yang adil. Secara sederhana, dapat dikatakan bahwa ada kemungkinan bahwa suatu kesakitan akan terjadi pada satu kelompok individu berdasarkan jenis, frekuensi, dan tingkat biayanya. Jumlah resiko total dihitung dan dibagi antara anggota kelompok sebagai kompensasi. Besaran premi asuransi, jenis pelayanan yang ditanggung, dan metode pembayaran diputuskan oleh organisasi pengelola dana asuransi. Dana yang dikumpulkan bersama akan digunakan untuk membayar semua biaya pelayanan kesehatan bagi anggota kelompok.

Daftar Pustaka

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). PERMENKES 72 TAHUN 2012. *Sistem Kesehatan Nasional*, 66(4), 37-39.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia. (2009). *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN*. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Setyawan, F. E. B. (2018). *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. 2, 57-70.

PROFIL PENULIS



Bhisma Jaya Prasaja, Amd.RMIK.

Pada tahun 2009 silam, penulis mulai tertarik dengan ilmu kesehatan. Hal ini mendorong penulis untuk mendaftar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus, memilih Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dan lulus pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan kuliah S1 Manajemen Informasi Kesehatan di Universitas Esa Unggul Jakarta. Penulis memiliki pengalaman sepuluh tahun di salah satu rumah sakit swasta di Bandung dalam bidang rekam medis dan informasi kesehatan. Selain itu, penulis aktif melakukan penelitian di bidang keparakannya untuk mencapai karir sebagai dosen profesional. Penelitian ini didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Beberapa buku yang sudah terbit yaitu Farmasi Komunitas dan Klinis.

Email Penulis: bhisma.rmstikes@gmail.com

BAB 7

MONITORING DAN EVALUASI EKONOMI KESEHATAN

Yurita Mailintina, S.Tr.Keb., MARS.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

Pendahuluan

Monitoring dan Evaluasi (M&E) dalam konteks ekonomi kesehatan merupakan langkah penting dalam mengukur dan menilai kinerja program atau kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan aspek ekonomi di sektor kesehatan. Monitoring merujuk pada pengumpulan data secara berkala untuk melacak perkembangan dan pencapaian tujuan, sementara evaluasi fokus pada analisis mendalam terhadap efektivitas, efisiensi, dan dampak dari kebijakan atau program yang diimplementasikan. Ekonomi kesehatan sendiri berkaitan erat dengan manajemen sumber daya dan alokasi anggaran untuk memastikan bahwa setiap investasi dalam sektor kesehatan memberikan hasil yang optimal. Oleh karena itu, M&E ekonomi kesehatan menjadi instrumen kunci dalam pengambilan keputusan yang berkelanjutan dan berbasis bukti. Tujuan dari pendahuluan ini adalah untuk memberikan pemahaman yang jelas tentang pentingnya M&E dalam konteks ekonomi kesehatan, serta bagaimana hal ini dapat membantu pembuat kebijakan, praktisi kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya untuk mengambil keputusan yang tepat dan meningkatkan efektivitas intervensi di bidang kesehatan. Dengan melihat tantangan dan peluang yang dihadapi, kita dapat mengembangkan kerangka kerja M&E yang kokoh untuk mendukung pencapaian target kesehatan dan pembangunan ekonomi secara bersamaan.

sumber yang valid dan representatif agar hasil evaluasi dapat diandalkan. Analisis data adalah tahap kunci dalam evaluasi program kesehatan. Ini melibatkan pengolahan dan interpretasi data untuk mengevaluasi sejauh mana program mencapai tujuan dan dampak yang diinginkan. Analisis statistik dan teknik lainnya dapat digunakan untuk mengukur efektivitas program dan mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan atau kegagalan. Selanjutnya, hasil evaluasi perlu disajikan secara jelas dan komprehensif. Laporan evaluasi harus memasukkan temuan utama, rekomendasi perbaikan, dan pelajaran yang dapat diambil. Penyajian informasi ini secara transparan membantu memastikan bahwa para pemangku kepentingan, termasuk pengambil keputusan dan masyarakat, dapat memahami kontribusi dan nilai program kesehatan.

Lanjutan dari evaluasi program kesehatan mencakup langkah-langkah untuk memastikan implementasi rekomendasi perbaikan dan pembelajaran yang diambil dari hasil evaluasi. Proses ini melibatkan kolaborasi antara para pemangku kepentingan, termasuk penyedia layanan kesehatan, pembuat kebijakan, dan masyarakat, untuk mengintegrasikan perubahan yang diperlukan. Implementasi rekomendasi perbaikan melibatkan perencanaan dan pengorganisasian sumber daya yang dibutuhkan untuk menerapkan perubahan dalam program kesehatan. Sumber daya dapat meliputi anggaran tambahan, pelatihan staf, dan perubahan prosedur operasional. Keterlibatan aktif dan dukungan dari semua pihak terlibat penting untuk memastikan kesuksesan implementasi. Selain itu, pembelajaran yang diambil dari evaluasi program kesehatan perlu diperluas melalui pertukaran pengetahuan dan pengalaman. Diseminasi hasil evaluasi kepada para profesional kesehatan, peneliti, dan pembuat kebijakan dapat meningkatkan pemahaman kolektif tentang faktor-faktor yang mendukung atau menghambat keberhasilan program. Forum seperti seminar, lokakarya, atau publikasi dapat menjadi sarana efektif untuk berbagi pengalaman dan pengetahuan. Proses evaluasi program kesehatan juga dapat mencakup pengembangan kapasitas untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan dalam merancang, melaksanakan, dan

mengevaluasi program kesehatan di masa depan. Pelatihan dan pengembangan profesional dapat membantu membangun kapasitas tim dan meningkatkan kemampuan mereka untuk menghadapi tantangan kompleks dalam penyelenggaraan layanan kesehatan.

Dengan melibatkan semua tahap ini, evaluasi program kesehatan bukan hanya menjadi instrumen retrospektif, tetapi juga sebuah proses berkelanjutan yang mendukung perbaikan berkesinambungan. Dengan pemahaman yang mendalam tentang kinerja program, kita dapat terus meningkatkan pelayanan kesehatan, mencapai tujuan kesehatan masyarakat, dan memberikan dampak yang positif pada kesejahteraan secara keseluruhan. Langkah-langkah monitoring dan evaluasi berkelanjutan perlu diintegrasikan ke dalam program kesehatan. Ini melibatkan pemantauan terus-menerus terhadap pelaksanaan program, pengumpulan data berkala, dan evaluasi berkala untuk memastikan bahwa program tetap relevan, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan populasi. Terakhir, evaluasi program kesehatan melibatkan proses umpan balik dan perbaikan berkelanjutan. Hasil evaluasi perlu digunakan untuk mengidentifikasi peluang perbaikan program dan menginformasikan keputusan kebijakan yang lebih baik di masa depan. Langkah-langkah ini membantu memastikan bahwa program kesehatan dapat terus beradaptasi dengan kebutuhan masyarakat dan mencapai dampak yang optimal. Secara keseluruhan, evaluasi program kesehatan adalah instrumen penting untuk memastikan akuntabilitas, efektivitas, dan keberlanjutan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Dengan melakukan evaluasi yang cermat dan terencana, kita dapat membangun program kesehatan yang lebih responsif, efisien, dan berdaya guna untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Donald L. Kirkpatrick and James Kirkpatrick. (2007). *Implementing the Four Levels: A Practical Guide for Effective Evaluation of Training Programs*. San Francisco: Berrett Koehler Publisher.
- E. G. Guba and Y. S. Lincoln. (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glyn Rogers dan Linda Badham. (1997). *Evaluation in School: Getting Started on Training and Implementation*. New York, Routledge.
- Ismail Pulungan. (2003). *Manajemen Mutu Terpadu, PAU untuk Peningkatan dan Pengembangan Aktivitas Instruksional*. Depdiknas.
- ITAD. (1996). *Monitoring and the Use of Indicators, Consultancy Report to DG VIII, European Commission, Brussels*.
- Janet Shapiro, *Monitoring and Evaluation*. Washington, CIVICUS. (n.d.).
- Khalid Nabris. (2002). *Monitoring and Evaluation: Based on PASSIA Training Course*. Jerusalem, Palestinian Academic Society for the Study of International Affairs (PASSIA).
- Masud Zein. (2003). *Eksistensi Evaluasi sebagai Suatu Studi, Potensia, Volume 2*.
- R. A. Krueger. (1988). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Newbury Park, CA: Sage.
- R. K. Yin. (1989). *Case Study Research: Design and Method*. Newbury Park, CA: Sage.
- Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional Nomor 20/2003*. (n.d.).
- UNICEF. (1991). *A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation: Making a Difference?* New York.
- United Nations Development Programme/UNDP. (1997). *Who Are the Questionmakers? A Participatory Evaluation Handbook*. OESP Handbook Series.

PROFIL PENULIS



Yurita Mailintina, S.Tr.Keb., MARS.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2011 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk Akademi Kebidanan Hampar Baiduri Kalianda Lampung Selatan, dengan memilih Jurusan Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Aisyah Pringsewu Lampung dan berhasil menyelesaikan studi D4 Kebidanan di prodi Bidan Pendidik pada tahun 2015. Satu tahun kemudian, penulis melanjutkan S2 di Universitas Respati Indonesia dan menyelesaikan studi S2 pada tahun 2018. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: yuritamailintina.91@gmail.com

BAB 8

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Ns. Joni Siahaan, S.Kep., M.Kep.
STIKes Mitra Keluarga

Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia dan juga bagian penting dalam kehidupan manusia untuk akses terhadap pelayanan kesehatan. Hak asasi tersebut dapat dipenuhi dengan mendorong capaian *Universal Health Coverage* (UHC). UHC adalah cakupan jaminan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan sebuah sistem yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, dimanapun dan kapanpun tanpa mengalami kendala finansial (UHC 2030, 2022).

Ambisi terciptanya UHC di seluruh dunia tampak melalui komitmen negara-negara yang tergabung dalam *United Nations High-level Meeting on Universal Health Coverage* pada September 2019 yang secara jelas menjadikan UHC sebagai rencana besar PBB pada tahun 2030. Implementasi UHC di masing-masing negara akan berbeda, hal ini tampak dari perbedaan pendapatan penghasilan, maka ide mengenai UHC tentu sudah didesain dan dikembangkan beberapa dekade sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan negara yang bersangkutan (WHO, 2021).

Negara-negara berkembang seperti Indonesia memandang konsep UHC merupakan sebuah konsep baru yang membutuhkan komitmen tinggi untuk diimplementasikan (WHO, 2015). UHC

pemanfaatan pada tahun 2014, menjadi 502,8 juta pemanfaatan pada tahun 2022. Kehadiran Program JKN-KIS tidak hanya dirasakan manfaatnya dalam hal membuka akses pelayanan kesehatan yang berkualitas, namun juga telah melindungi dan menyelamatkan 8,1 juta orang dari kemiskinan serta 1,6 juta orang miskin dari kemiskinan yang lebih dalam dan ekstrim (Kominfo, 2023).

16 Jenis Layanan Kesehatan Dasar dalam 4 Kategori

The infographic is titled "16 INDIKATOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE (UHC)" and lists 16 indicators grouped into four categories. It features logos for the Indonesian Ministry of Health (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA) and GERMAS, along with the hashtag #HEALTHFORALL. The indicators are as follows:

Kategori	Indikator
I. KIA	1. Keluarga Berencana (KB)
	2. Antenatal Care (ANC)
	3. Imunisasi
	4. Pneumonia
II. Penyakit Menular	5. Tuberkulosis (TBC)
	6. Human Immunodeficiency Virus (HIV)
	7. Malaria
	8. Sanitasi
III. Penyakit Tidak Menular (PTM)	9. Tekanan darah
	10. Glukosa darah
	11. Kanker serviks
	12. Tembakau
IV. Kapasitas dan Akses	13. Akses RS
	14. Tenaga Kesehatan
	15. Farmasi
	16. International Health Regulations (IHR)

Sumber: www.who.int

www.p2ptm.kemkes.go.id | @p2ptmkemenkesRI

Gambar 8.2: 16 Indikator *Universal Health Coverage* (UHC)

Sumber: Direktorat P2PTM Kemenkes RI (2018)

1. Dimensi Kesehatan Reproduksi dan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Dimensi ini terdiri dari indikator penggunaan KB modern, kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, imunisasi

dasar lengkap dan penggunaan Oral Rehydration Solution (ORS) untuk diare pada anak (Pradana et al., 2022).

2. Dimensi Penyakit Menular

Dimensi ini terdiri dari indikator efektifitas perawatan tuberkulosis (TBC) yang dihitung dari *case detection rate* dan *treatment success rate*, penderita *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang mendapatkan pengobatan antiretroviral dan penggunaan sanitasi dasar di masyarakat (Pradana et al., 2022).

3. Dimensi Penyakit Tidak Menular

Dimensi ini terdiri dari indikator tekanan darah, penderita diabetes yang mendapatkan perawatan, sekering kanker serviks untuk wanita usia 30-49 tahun dan persentasi masyarakat usia di atas 10 tahun yang tidak merokok dalam 30 hari terakhir (Pradana et al., 2022).

4. Dimensi Kapasitas dan Akses Layanan

Dimensi ini terdiri dari indikator jumlah tempat tidur di rumah sakit per kapita, kepadatan tenaga kesehatan, dan akses terhadap obat-obatan esensial di puskesmas (Herawati, Chrisnahutama, Djamhari, Aidha, & Ramdlaningrum, 2020). Paket manfaat komprehensif akan mencakup rawat jalan dan rawat inap di tingkat primer hingga Rumah Sakit tersier yang pelaksanaannya akan dilakukan dalam beberapa tahap (Trisnantoro, Marthias, & Harbianto, 2014). UHC idealnya mencakup jaminan kesehatan dan pelayanan dengan segala fasilitas yang dibutuhkan dalam Program JKN, tetapi dalam kenyataannya kesuksesan Program JKN selama ini masih dinilai hanya sebatas sarana/fisik yang dibutuhkan dan belum mengarah pada upaya pembentukan masyarakat yang berpola hidup sehat. Dengan demikian, pelayanan kesehatan yang diberikan masih banyak bersifat kuratif (Retnaningsih et al., 2019).

Daftar Pustaka

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, A., E. L., Taher, A., . . . Khusun, H. (2019). Universal Health Coverage In Indonesia: Concept, Progress, And Challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- BPJS. (2023). *Cakupan Perlindungan Program JKN* Retrieved from Indonesia:
- Direktorat P2PTM Kemenkes RI. (2018). Pengertian Universal Health Coverge (UHC) [Press release]
- Herawati, F., R., Chrisnahutama, A., Djamhari, E. A., Aidha, C. N., & Ramdlaningrum, H. (2020). *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia* Jakarta.
- Inpres. (2022). *Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022*. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/195699/inpres-no-1-tahun-2022>
- Kemenkes RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kesehatan, B. (2022). Progress Pencapaian UHC [Press release]. Retrieved from <https://bi.bpis-kesehatan.go.id/>
- Kominfo. (2023). Wakil Presiden RI Serahkan UHC Award 2023 [Press release]
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Harimurti, P., Marthias, T., & Prawira, J. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review 2017*.
- Mboi, N. (2015). Indonesia: On The Way To Universal Health Care. *Health Systems and Reform*, 1, 91-97.
- Moeloek, N. F. (2017). Indonesia National Health Policy In The Transition Of Disease Burden And Health Insurance Coverage. *Medical Journal of Indonesia*, 26(1), 3-6.

- Perpres. (2013). *Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Presidential Decree 12 of 2013 on Health Insurance
- PPN/BAPPENAS, K. (2014). *Health sector review: consolidated report*. Retrieved from Jakarta:
- Pradana, A., Casman, C., Rohayati, R., Kamal, M., Sudrajat, A., & Hidayat, A. J. J. E. (2022). Program Universal Health Coverage (UHC) Di Indonesia. 7(2), 462-473.
- Prakarsa. (2020). Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia [Press release]
- Retnaningsih, H., Rini, T., Lestari, P., Yuningsih, R., Sholikah, N., & Suni, P. (2019). Universal Health Coverage (UHC): Perspektif Kesehatan dan Kesejahteraan *Inteligencia Intrans Publishing*, 1(A. Huraerah).
- Trisnantoro, L., Marthias, T., & Harbianto, D. (2014). Universal Health Coverage Assessment Indonesia
- UHC2030. (2022). *Annual Report*. Retrieved from Kanada: <https://www.Uhc2030.Org/Who-We-Are/about-Us/>
- Vidyattama, Y., Miranti, R., & Resosudarmo, B. P. (2014). The Role Of Health Insurance Membership In Health Service Utilisation In Indonesia. *Bulletin Of Indonesian Economic Studies*, 50, 393-413.
- WHO. (2015). *Tracing Universal Health Coverage*
- WHO. (2016). *Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health*.
- WHO. (2017). *Together On The Road To Universal Health Coverage. A Call To Action*.
- WHO. (2019). Primary Health Care On The Road To Universal Health Coverage: 2019 Monitoring [Press release]
- WHO. (2021). *Tracing Universal Health Coverage*.

PROFIL PENULIS



Ns. Joni Siahaan, S. Kep., M. Kep.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2010 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan dan berhasil lulus S1 di Prodi S1 Keperawatan STIKes Santo Borromeus pada tahun 2015. Lalu penulis bekerja di Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung sebagai juru rawat pada ruang medical bedah. Empat tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di prodi Keperawatan Komunitas Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2022. Penulis memiliki kepakaran di bidang ilmu keperawatan kesehatan bidang komunitas, keluarga, dan gerontik. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. beberapa hasil penelitian penulis sudah diterbitkan pada jurnal nasional dan prosiding Universitas Padjadjaran pada tahun 2020. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku, buku yang penulis pernah tulis sudah di terbitkan oleh penerbit unpad press pada tahun 2020. Harapan penulis melalui karya-karyanya dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: joni.siahaan@stikesmitrakeluarga.ac.id

EKONOMI KESEHATAN

Ekonomi kesehatan membahas mengenai beberapa hal yaitu: Alokasi sumber daya pada berbagai kegiatan pemberdayaan kesehatan; Jumlah penggunaan sumberdaya di bidang kesehatan; Pengorganisasian dan pendanaan institusi kesehatan; Efisiensi alokasi sumber daya dan penggunaannya untuk tujuan kesehatan yang nantinya dapat berdampak terhadap kesehatan secara preventif, kuratif dan rehabilitatif baik individu maupun masyarakat.

Buku ini adalah kumpulan karya yang mendalam dan komprehensif dari berbagai penulis yang berfokus pada ekonomi kesehatan. Setiap bab menguraikan dengan cermat bagaimana penerapan ilmu ekonomi di bidang kesehatan. Dimulai dengan pengenalan konsep dasar ekonomi kesehatan, bagaimana etika bisnis rumah sakit, perilaku ekonomi kesehatan, *cost of care* dalam sektor kesehatan, ekonomi mikro dan makro, pembiayaan kesehatan, monitoring dan evaluasi kesehatan, serta universal health coverage. Melalui buku ini kami berharap dapat memberikan wawasan mendalam tentang ekonomi kesehatan baik itu secara konsep maupun aplikasinya di bidang kesehatan. Buku ini disusun oleh para ahli untuk memberikan pemahaman yang jelas dan praktis tentang konsep ekonomi kesehatan dan penerapannya dalam bidang kesehatan.