

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Tim Penulis:

Muhammad Ary Aprian Noor
Nurcholisah Fitra
Fildza Fadhila
Dessya Putri Ayu
Dina Khomariyatul Hasanah
Adi Anggoro Parulian
Cinthy Ratna Yuniar
Sri Wahyuningsih
Yulianti Nataya Rame Kana
Tatik Handayani
Suriana
Nadiya Fatimah Perdana
Ayu Mardian
Bhisma Jaya Prasaja
Hanifah Hasnur



MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

**Muhammad Ary Aprian Noor
Nurcholisah Fitra
Fildza Fadhila
Dessya Putri Ayu
Dina Khomariyatul Hasanah
Adi Anggoro Parulian
Cinthya Ratna Yuniar
Sri Wahyuningsih
Yulianti Nataya Rame Kana
Tatik Handayani
Suriana
Nadiya Fatimah Perdana
Ayu Mardian
Bhisma Jaya Prasaja
Hanifah Hasnur**

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Tim Penulis:

Muhammad Ary Aprian Noor
Nurcholisah Fitra
Fildza Fadhila
Dessya Putri Ayu
Dina Khomariyatul Hasanah
Adi Anggoro Parulian
Cinthya Ratna Yuniar
Sri Wahyuningsih
Yulianti Nataya Rame Kana
Tatik Handayani
Suriana
Nadiya Fatimah Perdana
Ayu Mardian
Bhisma Jaya Prasaja
Hanifah Hasnur

Tata Letak : Asep Nugraha, S.Hum.
Desain Cover : Septimike Yourintan Mutiara, S.Gz.
Ukuran : UNESCO 15,5 x 23 cm
Halaman : ix, 276
ISBN : 978-634-7021-68-7
Terbit Pada : Agustus 2025
Anggota IKAPI : No. 073/BANTEN/2023

Hak Cipta 2025 @ 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 syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku **Manajemen Pelayanan Kesehatan** ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai respons atas kebutuhan akan referensi yang komprehensif dan terstruktur mengenai seluk-beluk pengelolaan fasilitas kesehatan, baik itu rumah sakit, klinik, maupun puskesmas.

Dalam era globalisasi dan perkembangan teknologi yang pesat, sektor kesehatan menghadapi tantangan yang semakin kompleks. Pasien tidak hanya menuntut pelayanan medis yang berkualitas, tetapi juga pengalaman pelayanan yang baik, efisien, dan transparan. Oleh karena itu, kemampuan manajerial yang andal menjadi kunci utama bagi setiap pengelola layanan kesehatan untuk dapat bersaing dan tetap relevan.

Buku ini disusun untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai berbagai aspek **manajemen pelayanan kesehatan**. Mulai dari perencanaan strategis, pengelolaan sumber daya manusia, manajemen keuangan, hingga peningkatan mutu pelayanan, semua dibahas secara sistematis. Kami berharap, buku ini dapat menjadi panduan praktis bagi mahasiswa, dosen, para profesional di bidang kesehatan, serta siapa pun yang tertarik untuk mendalami ilmu manajemen di sektor kesehatan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kami sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, semoga buku ini memberikan manfaat dan kontribusi positif bagi kemajuan dunia kesehatan di Indonesia.

Selamat membaca!

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP DASAR MANAJEMEN KESEHATAN	1
Definisi Manajemen Kesehatan.....	2
Tujuan dan Fungsi Manajemen Kesehatan.....	2
Ruang Lingkup Manajemen Kesehatan	3
Prinsip-prinsip Manajemen Kesehatan.....	6
Tantangan Manajemen Kesehatan	7
Strategi Peningkatan Manajemen Kesehatan.....	8
Daftar Pustaka.....	10
Profil Penulis	16
BAB 2 SISTEM KESEHATAN NASIONAL	17
Pengertian Sistem Kesehatan Nasional.....	18
Tujuan dan Fungsi Sistem Kesehatan Nasional.....	19
Komponen Sistem Kesehatan Nasional.....	22
Sistem Kesehatan Indonesia dalam Perspektif Desentralisasi	24
Reformasi Sistem Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	28
Tantangan Sistem Kesehatan Nasional	32
Arah Penguatan Sistem Kesehatan Nasional.....	33
Daftar Pustaka.....	35
Profil Penulis	37
BAB 3 MANAJEMEN STRATEGIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN	38
Pengertian Manajemen Strategis	39
Proses Manajemen Strategis	40
Jenis Pelayanan Kesehatan.....	43
Stratifikasi Pelayanan Kesehatan.....	43
Syarat Utama Pelayanan Kesehatan	44
Pelayanan Kesehatan Harus Menyeluruh dan Terpadu.....	45
Mengevaluasi Masalah Pelayanan Kesehatan	47
Daftar Pustaka.....	49
Profil Penulis	50

BAB 4 KEPEMIMPINAN DAN BUDAYA ORGANISASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN.....	51
Konsep Dasar Kepemimpinan dalam Pelayanan Kesehatan	52
Gaya Kepemimpinan	55
Kepemimpinan Adaptif dan Visioner dalam Konteks Pelayanan Kesehatan	56
Peran Kepemimpinan dalam Perumusan Visi dan Misi Organisasi.....	58
Budaya Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan	59
Unsur-unsur Budaya Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan.....	61
Peran Budaya Organisasi dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan	63
Dimensi atau Elemen-Elemen dari P-E Fit	64
Peran Pemimpin dalam Membangun Budaya Organisasi	65
Strategi Penguatan Kepemimpinan dan Budaya Organisasi	66
Tantangan dalam Implementasi Budaya dan Kepemimpinan di Layanan Kesehatan.....	67
Rekomendasi Penguatan Manajemen Budaya dan Kepemimpinan.....	68
Daftar Pustaka	70
Profil Penulis.....	71
BAB 5 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	72
Definisi Manajemen SDM.....	73
Perencanaan Manajemen SDM.....	74
Strategi Manajemen SDM.....	76
Pengembangan Manajemen SDM.....	78
Teknologi dalam Manajemen SDM.....	79
Etika dalam Manajemen SDM.....	80
Daftar Pustaka	83
Profil Penulis.....	87
BAB 6 MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN	88
Definisi Manajemen Keuangan.....	89
Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	89
Sumber Biaya Kesehatan.....	92
Prinsip Umum Analisis Biaya.....	92
Biaya	93

Jenis Biaya	94
Biaya Satuan (<i>Unit Cost</i>)	99
Manajerial Keuangan	100
Manajemen Biaya.....	101
Manajemen Keuangan Pelayanan Kesehatan.....	102
Tantangan Manajemen Keuangan Pelayanan Kesehatan.....	105
Daftar Pustaka	107
Profil Penulis.....	108
BAB 7 MANAJEMEN RANTAI PASOK OBAT DAN ALAT KESEHATAN	109
Konsep Dasar Manajemen Rantai Pasok Obat dan Alat Kesehatan..	110
Tantangan dalam Manajemen Rantai Pasok Obat dan Alat Kesehatan	117
Strategi Dalam Manajemen Rantai Pasok Obat dan Alat Kesehatan	118
Metode Evaluasi Kinerja Manajemen Rantai Pasok.....	121
Daftar Pustaka	123
Profil Penulis.....	125
BAB 8 KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN	126
Pendahuluan	127
Pengertian Komunikasi Efektif	128
Unsur dan Model Komunikasi dalam Kesehatan.....	130
Peran Komunikasi dalam Pelayanan Kesehatan.....	133
Komunikasi Interprofesional	135
Hambatan dalam Komunikasi Kesehatan	136
Strategi Meningkatkan Komunikasi Efektif	139
Evaluasi dan Pengukuran Keberhasilan Komunikasi.....	140
Studi Kasus: Komunikasi Efektif.....	141
Penutup	143
Daftar Pustaka	144
Profil Penulis.....	149
BAB 9 PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN.....	150
Transformasi Lanskap Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Era Modern.....	151

Segmentasi, Penargetan, dan Penentuan Posisi (STP) dalam Pelayanan Kesehatan	152
Komponen Utama Pelayanan Kesehatan Primer	154
Pemasaran Digital dan Inovasi Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan	158
Pengukuran Kinerja, Etika, dan Arah Masa Depan Pemasaran Pelayanan Kesehatan	161
Daftar Pustaka	164
Profil Penulis	166
BAB 10 PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	167
Konsep dan Prinsip Dasar Pelayanan Kesehatan Primer	169
Pilar-Pilar Utama Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia	170
Komponen Utama Pelayanan Kesehatan Primer	171
Manfaat dan Dampak Positif Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer	173
Tantangan dan Hambatan dalam Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer	174
Strategi Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer di Masa Depan	176
Peran Pelayanan Kesehatan Primer dalam Mewujudkan Cakupan Kesehatan Semesta (UHC)	177
Prospek Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia: Studi Kasus Kupang, NTT	179
Daftar Pustaka	181
Profil Penulis	183
BAB 11 PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	184
Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Berjenjang	185
Tingkat Pelayanan Kesehatan	186
Jenis Rujukan	187
Prosedur dan Mekanisme Rujukan	188
Koordinasi dan Komunikasi Antar Fasilitas	189
Pembinaan dan Pengawasan	189
Tantangan dan Permasalahan Implementasi	191
Strategi Penguatan Pelayanan Berjenjang	192
Peran Teknologi Informasi dalam Sistem Rujukan	192
Evaluasi dan Indikator Kinerja Sistem Rujukan	193

Perspektif Etika dalam Rujukan Berjenjang	194
Daftar Pustaka	195
Profil Penulis	196
BAB 12 PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK	197
Pemeriksaan Kehamilan	198
Pelayanan Pasca Persalinan	199
Pelayanan Bayi Baru Lahir	202
Imunisasi	203
Deteksi Dini Tumbuh Kembang	205
Daftar Pustaka	207
Profil Penulis	208
BAB 13 PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA (LANSIA)	209
Definisi Lansia	210
Batasan Usia dan Ciri-ciri Lansia	210
Perubahan yang Terjadi pada Lansia	212
Upaya Kesehatan Pada Kelompok Lanjut Usia	217
Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia	218
Karakteristik Pasien Geriatri	219
Prinsip Pelayanan Geriatri	220
Tempat Untuk Pelayanan Geriatri	221
Daftar Pustaka	226
Profil Penulis	227
BAB 14 PENGEMBANGAN PROGRAM KESEHATAN BERBASIS COMMUNITY DEVELOPMENT	228
Pendahuluan	229
Kerangka Konseptual <i>Community Development</i> dalam Program Kesehatan	230
Pendekatan Utama dalam <i>Community Development-Based Health Programs</i>	232
Strategi Implementasi	235
Tantangan dan Rekomendasi	237
Kesimpulan dan Implikasi Praktis	239
Daftar Pustaka	241
Profil Penulis	243

BAB 15 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DI ERA DIGITAL

..... **244**

Pendahuluan	245
<i>Electronic Health Record (EHR)/Rekam Medis Elektronik (RME)</i>	245
<i>Telemedicine</i>	248
<i>Mobile Health (mHealth)</i>	251
<i>Artificial Intelligence (AI) dan Big Data</i>	253
Daftar Pustaka	257
Profil Penulis.....	259

BAB 16 PERENCANAAN PELAYANAN DAN PROGRAM KESEHATAN

..... **260**

Pengantar.....	261
Pengertian dan Fungsi Perencanaan Kesehatan.....	262
Empat Langkah Perencanaan Kesehatan	264
Daftar Pustaka	274
Profil Penulis.....	276



BAB 1

KONSEP DASAR

MANAJEMEN

KESEHATAN

Muhammad Ary Aprian Noor, S.Far., Apt., M.M.
Puskesmas Pekapuran Raya Kota Banjarmasin



Definisi Manajemen Kesehatan

Manajemen merupakan ilmu yang sangat dibutuhkan dalam berbagai aktivitas (Fayol, 1954), termasuk dalam aktivitas manajerial pelayanan kesehatan. Manajemen yang baik merupakan kemampuan teknis dan dapat diperoleh dengan belajar (Edwards, 2018). Praktik manajemen diakui sebagai faktor penting dalam meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan (Garman, A. N., McAlearney, A. S., Harrison, M. I., Song, P. H., & McHugh, 2011). 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.

Definisi manajemen kesehatan adalah seni mengelola sebuah organisasi di bidang kesehatan melalui proses memahami, mempelajari, pengembangan keterampilan dan kemampuan untuk beradaptasi dengan berbagai situasi sehingga efektif mencapai tujuan dengan tepat yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan efisien sesuai rencana.

Tujuan dan Fungsi Manajemen Kesehatan

Tujuan manajemen kesehatan untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan berkualitas tinggi, terjangkau, dan tersedia bagi populasi yang dilayani, peningkatan kinerja berkelanjutan (Longest, B. B., & Darr, 2014), pelayanan yang aman, fokus kepada pasien, tepat waktu, adil (Griffith, 2010), melalui pengelolaan sumber daya dengan bijak, efektif, efisien, peningkatan mutu berkelanjutan dengan berorientasi keselamatan pasien, pemerataan dan mempermudah akses layanan sehingga meningkatkan kepuasan pelanggan, keluarga dan karyawan atau pegawai.

Fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian (Longest, B. B., & Darr, 2014), komponen ini saling terkait (Singh, 2004), mulai dari pengambilan

(Hung *et al.*, 2010). Seiring pergeseran paradigma kesehatan menuju berpusat pada pasien, sehingga pasien dapat berpartisipasi aktif dalam perawatan mereka sendiri (Park, Kim and Lee, 2023). Hubungan pasien dan dokter berperan sebagai kunci dalam keberhasilan proses terapi dan pemberian layanan kesehatan yang efektif. Kepatuhan pasien terhadap pengobatan secara langsung memengaruhi keberhasilan pengobatan (Deniz *et al.*, 2021). Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan dalam berkomunikasi, menjalin kerjasama, pelayanan publik dan bijak dalam mengambil keputusan. Contoh penguatan kapasitas manajerial melalui kegiatan workshop maupun pelatihan manajemen puskesmas, manajemen rumah sakit, sehingga memiliki kompetensi manajemen yang dibutuhkan dan diterapkan melalui tata kelola yang baik.

5. Penerapan *continuous improvement* merupakan konsep perbaikan berkelanjutan, dimana fasyankes menetapkan ekspektasi yang dapat dan akan dicapai, tetapi akan ditetapkan pada tingkat yang lebih baik setiap tahun. Perbaikan berkelanjutan dimulai dengan mengidentifikasi kebutuhan pelanggan supaya bisa disediakan oleh fasyankes. Perbaikan berkelanjutan ini sangat tergantung pada pegawai fasyankes, bagaimana mendorong mereka untuk mengendalikan sistem pelayanan kesehatan dan merevisinya seperlunya untuk memenuhi atau meningkatkan ekspektasi secara akurat dan sepenuhnya mewakili strategi. Upaya yang dilakukan melalui pelatihan yang memadai, logistik yang efektif, serta penghargaan yang ditawarkan untuk perbaikan. Fokus perbaikan terletak pada revisi proses yaitu tindakan mengubah *input* (masukan) menjadi *output* (hasil). Revisi proses menggunakan siklus Shewhart meliputi *plan, do, check, action* atau disebut PDCA. *Plan* adalah mengidentifikasi dan menganalisis masalah. *Do* adalah mengembangkan dan memilih sistem peningkatan yang lebih baik. *Check* adalah menguji solusi, mengevaluasi hasil dan pertimbangan perbaikan lebih lanjut.

Daftar Pustaka

- Abuhay, T.M. *et al.* (2020) *Investigating coordination of hospital departments in delivering healthcare for acute coronary syndrome patients using data-driven network analysis*, *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*. Springer International Publishing. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-50423-6_32.
- Akinyede, I., Fapohunda, J. and Haldenwang, R. (2020) 'The Factors that Influence Human Resources on Affordable Housing Delivery within Restraint of Budget', *J*, 3(3), pp. 250–265. Available at: <https://doi.org/10.3390/j3030019>.
- Alrahbi, D.A. *et al.* (2022) 'Challenges for developing health-care knowledge in the digital age', *Journal of Knowledge Management*, 26(4), pp. 824–853. Available at: <https://doi.org/10.1108/JKM-03-2020-0224>.
- Amstrong, M. (2008) 'Strategic Human Resource Management A Guide To Action', in. London UK: Kogan Page Limited. London UK.
- BC, H. and BS, O. (2004) 'Job embeddedness: a theoretical foundation for developing a comprehensive nurse retention plan.', *Journal of Nursing Administration*, 34(5), pp. 216–227. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106762330&site=ehost-live>.
- Bedford, D.S., Spekle, R.F. and Widener, S.K. (2020) 'Budgeting and Employee Stress in Times of Crisis: Evidence from the COVID-19 Pandemic', *SSRN Electronic Journal* [Preprint], (January). Available at: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3749883>.
- Berry, L.L., Zeithaml, V.A. and Parasuraman, A. (1985) 'Quality counts in services, too', *Business Horizons*, 28(3), pp. 44–52. Available at: [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(85\)90008-4](https://doi.org/10.1016/0007-6813(85)90008-4).
- Bradley, E.H., Taylor, L.A. and Cuellar, C.J. (2015) 'Management matters: A leverage point for health systems strengthening in global health', *International Journal of Health Policy and*

- Management*, 4(7), pp. 411–415. Available at: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.101>.
- Brunet, F., Malas, K. and Fleury, D. (2021) 'A model of an agile organization designed to better manage the COVID-19 crisis', *Healthcare Management Forum*, 34(2), pp. 115–118. Available at: <https://doi.org/10.1177/0840470420980478>.
- Baashar, Y. *et al.* (2020) 'Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information', *Computer Standards & Interfaces*, 71(January), pp. 2–17.
- Cayo-Velásquez, N.E. *et al.* (2025) 'Review of the Concept of Service Quality and its Measurement Models', *Journal of Ecohumanism*, 4(2), pp. 116–124. Available at: <https://doi.org/10.62754/joe.v4i2.5817>.
- Chen, M., Guan, Q. and Zhuang, J. (2024) 'Patient-centered lean healthcare management from a humanistic perspective', *BMC Health Services Research*, 24(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11755-w>.
- Codd, E.F. (1970) 'A Relational Model of Data for Large Shared Data Banks', *Communications of the ACM*, 13(6), pp. 377–387. Available at: <https://doi.org/10.1145/362384.362685>.
- Cogin, J.A., Ng, J.L. and Lee, I. (2016) 'Controlling healthcare professionals: How human resource management influences job attitudes and operational efficiency', *Human Resources for Health*, 14(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0149-0>.
- Collings, D.G., And, G.T.W. and Szamosi, L.T. (2019) 'Human Resource Management A Critical Approach', in. New York: Routledge. New York.
- D'Amour, D. *et al.* (2005) 'The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks', *Journal*

- of Interprofessional Care*, 19(SUPPL. 1), pp. 116–131. Available at: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>.
- Daire, J. and Gilson, L. (2014) 'Does identity shape leadership and management practice? Experiences of PHC facility managers in Cape Town, South Africa', *Health Policy and Planning*, 29, pp. ii82–ii97. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu075>.
- de Araújo Vieira, E.M. *et al.* (2023) 'Team Workload and Performance of Healthcare Workers with Musculoskeletal Symptoms', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010742>.
- Defee, C.C. *et al.* (2010) 'An inventory of theory in logistics and SCM research', *International Journal of Logistics Management*, 21(3), pp. 404–489. Available at: <https://doi.org/10.1108/09574091011089817>.
- Deniz, S. *et al.* (2021) 'The Mediating Role of Shared Decision-Making in the Effect of the Patient–Physician Relationship on Compliance With Treatment', *Journal of Patient Experience*, 8, pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.1177/23743735211018066>.
- Dubas-Jakóbczyk, K. *et al.* (2025) 'Financial performance of hospitals in Europe – a scoping review', *BMC Health Services Research*, 25(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13080-2>.
- Edwards, R. (2018) 'An Elaboration of the Administrative Theory of the 14 Principles of Management by Henri Fayol', *International Journal for Empirical Education and Research*, (1), pp. 41–52. Available at: <https://doi.org/10.35935/edr/21.5241>.
- Fama, E.F. (1970) 'Efficient Market Hypothesis: A Review of Theory and Empirical Work', *The Journal of Finance*, pp. 383–417.
- Fayol, H. (1954) 'General and Industrial Management, translated by Constance Storrs', p. 110. Available at: <https://ia904707.us.archive.org/22/items/in.ernet.dli.2015.13518/2015.13518.General-And-Industrial-Management.pdf>.

- Garman, A. N., McAlearney, A. S., Harrison, M. I., Song, P. H., & McHugh, M. (2011) 'High-performance work systems in health care management, part 1: development of an evidence-informed model', *Health care management review*, 36(3), pp. 201-213.
- Goh, S.C., Chan, C. and Kuziemsky, C. (2013) 'Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), pp. 420-432. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2011-0032>.
- Gray, J. (1996) 'Evolution of data management', *Computer*, 29(10), pp. 38-46. Available at: <https://doi.org/10.1109/2.539719>.
- Griffith, J.R. (2010) *Well-Managed Healthcare Organization Well healThcare OrganizaTiOn*.
- Gronroos, C. (1984) 'A Service Quality Model and its Marketing Implications', *European Journal of Marketing*, 18(4), pp. 36-44. Available at: <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>.
- Hamilton, W.N., Howell, D.J., and Jordan, M. (2021) *The Fundamentals of Healthcare Administration Navigating Challenges and Coordinating Care* Whitney Hamilton.
- Hung, S.Y. et al. (2010) 'Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives', *Decision Support Systems*, 48(4), pp. 592-603. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.dss.2009.11.009>.
- Jackson, S.E., Jiang, K. and Schuler, R.S. (2014) *State of the Field of Strategic Human Resource Management, Management*. Available at: <https://doi.org/10.1093/obo/9780199846740-0034>.
- Koskela, L., Tezel, A. and Patel, V. (2019) 'Theory of quality management: ITS origins and history', *27th Annual Conference of the International Group for Lean Construction, IGLC 2019*, pp. 1381-1390. Available at: <https://doi.org/10.24928/2019/0259>.
- Longest, B. B., & Darr, K. (2014) *Managing Health Services Organizations and Systems (6th ed.)*. Health Professions Press.
- McGinnis, M.A., Kara, A. and Wolfe, L.I. (2016) 'An empirically derived

- framework of logistics management strategy', *Journal of Transportation Management*, 27(1), pp. 31–44. Available at: <https://doi.org/10.22237/jotm/1467331440>.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000) 'Theme Papers A framework for assessing the performance of health systems', *World Health* [Preprint].
- Nilsson, F. (2006) 'Logistics management in practice – towards theories of complex logistics', *The International Journal of Logistics Management*, 17(1), pp. 38–54. Available at: <https://doi.org/10.1108/09574090610663428>.
- Noor, M. A. A., & Claudia, M. (2024) 'Human Resource Development in Health Centers To Improve the Quality of Public Health Services', 1(3), pp. 782–795.
- Panda, B. and Thakur, H.P. (2016) 'Decentralization and health system performance - a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India', *BMC Health Services Research*, 16(Suppl 6), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1784-9>.
- Park, S., Kim, H.K. and Lee, M. (2023) 'An analytic hierarchy process analysis for reinforcing doctor–patient communication', *BMC Primary Care*, 24(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01972-3>.
- Radević, I. *et al.* (2023) 'Quality of Healthcare Services in Focus: The Role of Knowledge Transfer, Hierarchical Organizational Structure and Trust', *Knowledge Management Research and Practice*, 21(3), pp. 525–536. Available at: <https://doi.org/10.1080/14778238.2021.1932623>.
- Rodrigues, C.A. (2001) 'Fayol's 14 principles of management then and now: A framework for managing today's organizations effectively', *Management Decision*, 39(10), pp. 880–889. Available at: <https://doi.org/10.1108/EUM00000000006527>.
- Rogers, D.S. and Leuschner, R. (2004) 'Supply Chain Management: Retrospective and Prospective', *Journal of Marketing Theory and*

- Practice*, 12(4), pp. 60–65. Available at: <https://doi.org/10.1080/10696679.2004.11658533>.
- Shah, S. K. A., Ali, Z., & Tariq, M. (2024) 'The Impact of Unfair Compensation on Employee Morale, Job Satisfaction, and Performance: A Quantitative Analysis in Pakistan's Health Sector.', *Global Management Sciences Review*, 9(3), 65-76. [Preprint].
- Singh, D. a (2004) 'Essentials of the U . S . Health Care Second Edition', 2 ed.
- Van den Broek, J. (2014) *Taking Care of innovation. The HRM innovation in healthcare organizations*.
- Wang, R.Y., Storey, V.C. and Firth, C.P. (1995) 'A Framework for Analysis of Data Quality Research', *IEEE Transactions on Knowledge and Data Engineering*, 7(4), pp. 623–640. Available at: <https://doi.org/10.1109/69.404034>.
- Wiersma, M., Kerridge, I. and Lipworth, W. (2025) 'Understanding "interests": historical insights for managing conflicts of interest in healthcare and biomedical science', *Medicine, Health Care and Philosophy* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11019-025-10268-5>.
- Zhao, J. *et al.* (2022) 'Understanding how and under what circumstances decision coaching works for people making healthcare decisions: a realist review', *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22(1), pp. 1–20. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12911-022-02007-0>.

PROFIL PENULIS



Muhammad Ary Aprian Noor, S.Far., Apt., M.M.

Penulis mengikuti pendidikan S1 di prodi Farmasi Universitas Ahmad Dahlan pada tahun 2005, selanjutnya pendidikan Profesi Apoteker Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, S2 Manajemen Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin. Saat ini penulis menjalani pendidikan program Doktor Ilmu Manajemen di Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin dan penulis adalah Apoteker Madya dengan tugas tambahan sebagai Kepala Puskesmas di Puskesmas Pekapuran Raya Kota Banjarmasin. Penulis aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara. Beberapa penelitian telah dilakukan, salah satunya penelitian terkait inovasi pelayanan publik bidang kesehatan. Inovasi yang dikembangkan adalah pelayanan obat dengan Kotak Pengingat Minum Obat TB (KOPI TB). Atas dedikasinya pada tahun 2019 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memberikan penghargaan sebagai 30 makalah terbaik. Tahun 2020 Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia memberikan penghargaan sebagai Top 99 Inovasi Pelayanan Publik.

Email Penulis: aryapriannoor@gmail.com



BAB 2

SISTEM KESEHATAN

NASIONAL

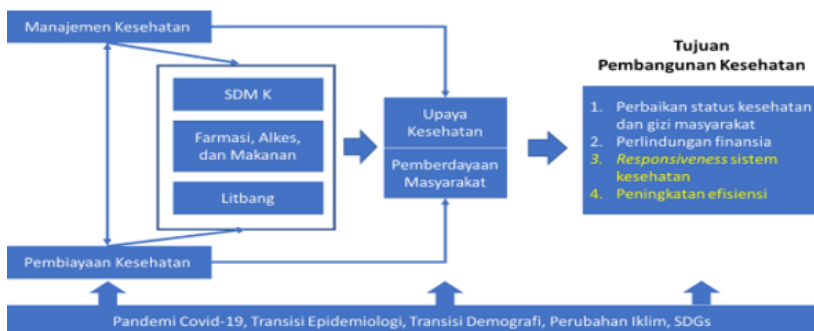
Nurcholisah Fitra, S.K.M., M.C.H.S.
Universitas Sumatera Utara



Pengertian Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan suatu tatanan yang terdiri atas keseluruhan komponen bangsa Indonesia yang saling terkait dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. SKN menjadi kerangka kerja utama dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Menurut Effendy, C. (2017) SKN merupakan Sistem Kesehatan Nasional yang merupakan gabungan dari elemen struktural dan fungsional yang bekerja dalam kerangka kebijakan untuk menjamin ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas layanan kesehatan secara adil dan efisien.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan bentuk pengelolaan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa Indonesia, dengan prinsip saling mendukung untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. SKN berfungsi sebagai pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan, hingga proses pemantauan dan evaluasi pembangunan kesehatan, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan setiap individu untuk hidup sehat. Implementasi SKN menitikberatkan pada penguatan perilaku hidup sehat dan kemandirian masyarakat, peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan, serta pengembangan upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan intervensi kuratif maupun rehabilitatif (Peraturan Presiden No.72/2012).



Gambar 2.1: Bagan Sistem Kesehatan Nasional

Sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2021

rendahnya kepatuhan peserta mandiri dan tingginya penggunaan layanan tanpa kontrol yang kuat.

4. Maldistribusi dan Keterbatasan Tenaga Kesehatan

Permasalahan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan tidak hanya menyangkut jumlah, tetapi juga kompetensi dan motivasi kerja. Daerah 3T (tertinggal, terdepan, terluar) kesulitan mempertahankan tenaga medis karena faktor insentif, fasilitas kerja, dan jenjang karier yang tidak menarik.

6. Fragmentasi Sistem Informasi dan Tata Kelola

Sistem informasi kesehatan di Indonesia masih tersebar dan tidak terintegrasi dengan baik. Ini menghambat pengambilan keputusan berbasis data, memperlambat respon terhadap masalah kesehatan, serta menyulitkan evaluasi kinerja program. Di samping itu, tata kelola lintas sektor dan antar level pemerintahan belum sepenuhnya sinkron.

Arah Penguatan Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan nasional di Indonesia saat ini sedang mengalami reformasi besar melalui program Transformasi Sistem Kesehatan. Reformasi ini didorong oleh pembelajaran dari pandemi COVID-19 yang menunjukkan adanya kelemahan dalam sistem, serta untuk menjawab tantangan kesehatan masa depan. Arah penguatan sistem kesehatan ini berfokus pada enam pilar transformasi yang saling terkait:

1. Reorientasi Pelayanan ke Arah Promotif dan Preventif

Penguatan layanan kesehatan primer melalui Puskesmas dan FKTP harus menjadi prioritas nasional. Ini mencakup peningkatan kapasitas SDM, pengembangan program edukasi kesehatan masyarakat, dan insentif untuk deteksi dini serta manajemen faktor risiko PTM. Pendekatan ini lebih cost-effective dibandingkan penanganan kuratif di tingkat lanjutan.

2. Reformasi Pembiayaan dan Efisiensi JKN

Perlu dilakukan pembaruan sistem pembiayaan berbasis efisiensi, seperti *prospective payment system* (misalnya: sistem kapitasi dan INA-CBG's yang lebih adaptif), serta peningkatan kepatuhan iuran melalui digitalisasi dan integrasi data penduduk. Evaluasi sistem

manfaat juga penting untuk menghindari pembiayaan tindakan medis yang tidak *cost-effective*.

3. Pemerataan dan Penguatan SDM Kesehatan

Strategi nasional dibutuhkan untuk:

- a. Menetapkan peta kebutuhan tenaga kesehatan berbasis wilayah.
- b. Memberikan insentif berbasis lokasi yang kompetitif.
- c. Meningkatkan kualitas pendidikan profesi melalui pendekatan kurikulum berbasis komunitas.

4. Digitalisasi dan Integrasi Sistem Informasi Kesehatan

Penguatan sistem informasi kesehatan berbasis digital, yang terintegrasi dari tingkat FKTP hingga rumah sakit rujukan, menjadi kunci dalam meningkatkan akuntabilitas, transparansi, dan ketepatan layanan. Sistem seperti SatuSehat dan *e-medical record* harus diimplementasikan secara luas dan terstandarisasi.

5. Tata Kelola Lintas Sektor yang Kuat

Pembangunan kesehatan tidak dapat berjalan sendiri. Perlu penguatan koordinasi antara sektor kesehatan dengan sektor pendidikan, lingkungan, infrastruktur, dan ekonomi melalui pendekatan *Health in All Policies (HiAP)*. Pemerintah daerah juga perlu diberi otonomi lebih luas dalam merancang inovasi lokal berbasis kebutuhan masyarakat.

6. Penguatan Ketahanan Sistem Kesehatan

Strategi ini mencakup:

- a. Penguatan laboratorium kesehatan masyarakat.
- b. Sistem cadangan logistik dan obat strategis.
- c. Peningkatan kapasitas epidemiologi lapangan dan sistem peringatan dini

Daftar Pustaka

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2023). *Laporan kinerja BPJS Kesehatan 2022*. BPJS Kesehatan.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (n.d.). *BPJS Kesehatan — Informasi kepesertaan, iuran, manfaat, dan rujukan*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>
- Erlangga, D., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: Evidence from panel data. *International Journal of Public Health*, 64(4), 603–613. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01215-2>
- Fattah, R. A., Cheng, Q., Thabrany, H., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Gilson, L., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Asante, A., & Wiseman, V. (2023). Incidence of catastrophic health spending in Indonesia: Insights from a household panel study 2018–2019. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), Article 185. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01980-w>.
- Fushen, F. (2025). The importance of hospital governance in Indonesia: Enhancing healthcare quality and accountability. *International Journal of Current Science Research and Review*.
- Idris, H., Budiastuti, A., Razak, R., & Hasyim, H. (2022). Delivery services utilization based on urban-rural status in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.10235>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2021*. Pusat Data dan Informasi.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020–2024*. Biro Perencanaan dan Anggaran.

- Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I., & Van der Werff, A. (1984). *National health systems and their reorientation towards health for all: Guidance for policy-making*. World Health Organization.
- Nguyen, L., & Husada, R. (2012). ICT alternative for primary care delivery in Indonesia: A proposal. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 6(1).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- Rahman, F. F. (2024). Indonesia's healthcare landscape: Embracing innovation in the new health regime. *Current Medical Research and Opinion*, 40(6), 929–933. <https://doi.org/10.1080/03007995.2024.2309851>
- Rajan, V., Patil, A., Pambudi, E., & Junedi, B. (2018). Is Indonesia ready to serve? An analysis of Indonesia's primary health care supply-side readiness. *Health Systems & Reform*, 4(4), 324–335. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1513265>
- Rondinelli, D. A. (1981). Government decentralization in comparative perspective: Theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 47(2), 133–145. <https://doi.org/10.1177/002085238004700205>
- Suryanto, S., Plummer, V., & Boyle, M. (2016). Financing healthcare in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(2), 33–38. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v11i2.168>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- World Health Organization. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44204>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for SDGs*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074327>.

PROFIL PENULIS



Nurcholisah Fitra, S.K.M., M.C.H.S.

Penulis merupakan seorang akademisi di bidang kesehatan masyarakat yang berasal Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Penulis memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan masyarakat S1 Program Studi Kesehatan Masyarakat USU (2017) serta melanjutkan Studi S2 di Falkuti Perubatan di Universiti Kebangsaan Malaysia pada tahun 2019 dan

hingga sekarang telah aktif dalam berbagai kegiatan penelitian, pengajaran, serta pengabdian masyarakat yang berfokus pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Dalam karier akademiknya, Penulis telah berkontribusi dalam beberapa publikasi ilmiah bereputasi Internasional, termasuk artikel yang membahas evaluasi efisiensi layanan kesehatan di Malaysia menggunakan pendekatan Data Envelopment Analysis (DEA). Selain itu, Penulis juga terlibat dalam penelitian yang mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi permintaan asuransi kesehatan di Malaysia. Dengan latar belakang akademik di bidang kesehatan dan pengalaman dalam berbagai kegiatan pengabdian masyarakat, Penulis terus berkontribusi dalam menguatkan kapasitas institusi layanan kesehatan, baik melalui riset, penulisan ilmiah, maupun pendampingan institusional. Buku ini menjadi salah satu bentuk kontribusi nyata Penulis dalam memperkaya literatur pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia.

Email Penulis: nurcholisahfitra@usu.ac.id



BAB 3

MANAJEMEN STRATEGIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Fildza Fadhila, S.KM., M.Kes.
STIKES Sukma Wijaya Sampang



Pengertian Manajemen Strategis

Berikut adalah pengertian manajemen strategis menurut pakar:

1. Manajemen strategis merupakan rangkaian aktivitas pengelolaan yang berperan dalam menentukan keberhasilan organisasi atau perusahaan dalam jangka panjang. Proses ini terdiri dari analisis lingkungan berdasarkan faktor eksternal dan internal, perumusan strategi dengan perencanaan jangka panjang, implementasi strategi, serta kegiatan *monitoring*, evaluasi, dan *controlling*
2. Manajemen strategis merupakan perpaduan antara seni dan ilmu dalam merancang, mengimplementasi, dan menilai keputusan-keputusan yang melibatkan berbagai fungsi dalam organisasi. Fokus utamanya adalah menyatukan berbagai bidang seperti manajemen, pemasaran, keuangan atau akuntansi, operasional/produksi, penelitian dan pengembangan, serta sistem informasi guna mencapai kesuksesan organisasi. Tujuannya adalah untuk memanfaatkan serta menciptakan peluang-peluang baru yang unik di masa depan. Berbeda dengan perencanaan jangka panjang yang lebih menekankan pada pengoptimalan tren masa depan untuk kebutuhan saat ini.
3. Manajemen strategis mencakup pelaksanaan dan penerapan rencana-rencana strategis, disertai dengan proses pengukuran serta penilaian terhadap hasil yang dicapai.
4. Manajemen strategis merupakan proses untuk meraih visi, misi, dan tujuan organisasi melalui pemikiran serta perencanaan strategis yang dijalankan secara konsisten dan dievaluasi secara rutin, dengan mempertimbangkan dinamika perubahan baik dari dalam maupun luar organisasi.
5. Manajemen strategis merupakan proses yang dijalankan oleh manajer dan karyawan dalam merumuskan serta menerapkan strategi guna memberikan nilai terbaik bagi pelanggan demi mencapai visi perusahaan. Secara prinsip, manajemen strategis adalah bentuk komitmen bersama antara manajemen dan karyawan untuk membentuk masa depan organisasi. Strategi sendiri merupakan alur tindakan penting yang dipilih untuk mewujudkan visi dan misi lembaga.

institusi. Selain biaya yang akan menjadi sangat besar, pendekatan ini juga cenderung tidak efektif dan tidak efisien. Di samping itu, dalam masyarakat modern saat ini telah berkembang spesialisasi, yang jika diorganisir dan dimanfaatkan dengan baik, justru dapat menghasilkan layanan yang lebih optimal dan memuaskan. Dalam kondisi seperti ini, upaya untuk membangun pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu dilakukan dengan pendekatan sistem. Dalam pendekatan ini, pelayanan kesehatan dibagi ke dalam beberapa tingkatan (*strata*), yang masing-masing dihubungkan melalui mekanisme kerja sama dan koordinasi, sehingga secara keseluruhan membentuk satu sistem pelayanan yang utuh dan terintegrasi.

Mengevaluasi Masalah Pelayanan Kesehatan

Monitoring bersifat khusus untuk setiap program, artinya fokusnya pada pelaksanaan program itu sendiri. Sementara evaluasi mencakup penilaian yang dipengaruhi tidak hanya oleh program, tetapi juga oleh faktor-faktor eksternal. Salah satu tujuan utama evaluasi adalah untuk menilai efektivitas dan efisiensi biaya (*cost effectiveness*). Aspek input, proses, dan output merupakan bagian dari kegiatan monitoring. Monitoring atau pemantauan adalah langkah evaluasi yang bersifat deskriptif, bertujuan untuk mengidentifikasi atau mengukur dampak dari suatu kegiatan yang sedang berlangsung, tanpa berusaha mencari hubungan sebab-akibat.

Pemantauan (*monitoring*) adalah aktivitas untuk mengamati kemajuan pelaksanaan suatu rencana pembangunan, sekaligus mengidentifikasi dan mengantisipasi permasalahan yang muncul atau berpotensi muncul, sehingga dapat dilakukan tindakan korektif sedini mungkin.

Sementara itu, evaluasi merupakan suatu proses analitis yang menggunakan pendekatan dan metode ilmiah sosial untuk menilai apakah suatu intervensi kebijakan baik berupa program maupun kegiatan telah menghasilkan output atau dampak tertentu. Evaluasi merupakan rangkaian aktivitas yang bertujuan membandingkan antara realisasi input (masukan), *output* (keluaran), dan *outcome* (hasil) dengan rencana serta standar yang telah ditetapkan. Terdapat tiga jenis evaluasi, yaitu:

1. *Ex-ante* (Evaluasi pada Tahap Perencanaan)

Evaluasi yang dilakukan sebelum penetapan rencana pembangunan bertujuan untuk memilih dan menetapkan skala prioritas dari berbagai alternatif yang tersedia, serta menilai berbagai kemungkinan cara dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

2. *On-going* (Evaluasi pada Tahap Pelaksanaan, Pemantauan)

Memiliki tujuan untuk mengetahui tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan rencana.

3. *Ex-post* (Evaluasi setelah Pelaksanaan Berakhir)

Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk menilai apakah pencapaian program baik dari segi output, outcome, maupun dampaknya benar-benar mampu menjawab permasalahan pembangunan yang ingin diselesaikan. Evaluasi ini juga digunakan untuk mengukur efisiensi, efektivitas, dan manfaat yang dihasilkan oleh suatu program.

Daftar Pustaka

- Arifin S., dkk. (2022). Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan. Banjarmasin: Pustaka Benua.
- Herwati, I., dkk. (2021). Manajemen Pelayanan Kesehatan. Batu: Literasi Nusantara.
- Manurung J., dkk. (2021). Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Penerbit Yayasan Kita Menulis.
- Rachmawati., Rahayu. (2021). Modul Pembelajaran Manajemen Strategis. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka.
- Rohani T. (2020). Buku Ajar Manajemen Strategi dan Mutu Pelayanan Kesehatan.
- Zulfa, A., dkk. (2023). Analisis Strategi Manajemen Kesehatan di Rumah Sakit dalam Memaksimalkan Mutu Pelayanan Kesehatan: Literature Review. Vol (1). No. (5). Madani: Jurnal Ilmiah Multidisiplin.

PROFIL PENULIS



Fildza Fadhila, S.KM., M.Kes.

Kesehatan masyarakat menjadi bidang keilmuan yang dipilih dan dimiliki oleh penulis. Menempuh S1 Kesehatan Masyarakat dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga, Kota Surabaya, penulis kini melanjutkan kepakaran sesuai keilmuannya sebagai dosen di STIKES Sukma Wijaya Sampang. Penulis telah menuangkan beberapa karya berupa artikel jurnal, baik bidang penelitian maupun pengabdian masyarakat. Selain beberapa artikel jurnal yang telah ditulis, penulis juga mulai merambah kepenulisan keilmuannya di *book chapter*. Ini adalah *bookchapter* kedua yang ditulis oleh penulis. Tuntutan kepakaran membuat penulis ingin mencoba tantangan baru dalam berkarya.

Email Penulis: fadhildza@gmail.com



BAB 4

KEPEMIMPINAN DAN BUDAYA ORGANISASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Dessya Putri Ayu, S.KM., M.Kes.
Politeknik Negeri Jember



Pelayanan kesehatan merupakan sektor yang sangat kompleks dan dinamis, karena menyangkut keselamatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup masyarakat. Dalam konteks ini, keberhasilan organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau klinik, tidak hanya bergantung pada kecanggihan teknologi medis atau ketersediaan sumber daya manusia semata, tetapi juga pada aspek manajerial yang mendasari operasionalnya. Dua faktor krusial yang memengaruhi kinerja organisasi kesehatan secara menyeluruh adalah kepemimpinan dan budaya organisasi. Kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan memiliki peran yang strategis karena menentukan arah kebijakan, suasana kerja, pengambilan keputusan, dan bahkan kualitas hubungan antar tenaga kesehatan.

Pemimpin yang efektif mampu menginspirasi, menggerakkan, serta menciptakan sinergi antar tim yang berdampak pada meningkatnya kualitas pelayanan kepada pasien. Sementara itu, budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai, keyakinan, norma, dan perilaku kolektif yang hidup dan berkembang dalam institusi pelayanan kesehatan. Budaya yang kuat, positif, dan adaptif akan membentuk perilaku kerja profesional, meningkatkan kepuasan kerja pegawai, serta memperkuat komitmen organisasi. Namun, dalam praktiknya, banyak organisasi kesehatan yang menghadapi tantangan seperti tingginya tingkat *turnover* pegawai, rendahnya kepuasan kerja, resistensi terhadap perubahan, dan lemahnya koordinasi antar tim. Kondisi-kondisi ini kerap kali berakar pada kepemimpinan yang kurang responsif serta budaya organisasi yang tidak lagi relevan dengan tantangan zaman. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai bagaimana kepemimpinan dan budaya organisasi berinteraksi serta membentuk perilaku individu dan kinerja kolektif menjadi sangat penting untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Konsep Dasar Kepemimpinan dalam Pelayanan Kesehatan

Kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan merupakan elemen strategis yang berperan besar dalam menentukan arah dan kualitas sistem kesehatan secara keseluruhan. Pemimpin memengaruhi berbagai aspek fundamental, mulai dari mutu layanan yang diberikan

1. Hierarki Organisasi yang Kaku

Struktur organisasi yang terlalu birokratis dan *top-down* seringkali menghambat komunikasi terbuka serta inisiatif dari lini bawah. Hal ini membuat budaya partisipatif sulit berkembang.

2. Kurangnya Pelatihan Kepemimpinan di Fasilitas Lini Pertama

Banyak tenaga kesehatan yang menempati posisi kepemimpinan tidak dibekali pelatihan kepemimpinan formal. Akibatnya, mereka kesulitan dalam mengelola tim dan membentuk budaya kerja yang sehat.

3. Resistensi terhadap Perubahan Budaya

Perubahan budaya sering kali menimbulkan ketidaknyamanan. Staf yang terbiasa dengan cara lama bisa merasa terancam, sehingga menunjukkan resistensi terhadap pendekatan baru, bahkan yang bersifat positif.

4. Kesenjangan Nilai Antargenerasi

Tenaga kesehatan yang berasal dari generasi berbeda (misalnya Baby Boomer, Gen X, dan Gen Z) sering memiliki nilai, gaya kerja, dan ekspektasi yang berbeda, yang dapat menimbulkan konflik nilai di tempat kerja.

5. Ketergantungan terhadap Insentif Eksternal

Budaya organisasi yang hanya digerakkan oleh insentif material atau peraturan dari luar seringkali tidak berkelanjutan. Budaya yang sejati seharusnya tumbuh dari dalam dan dikuatkan oleh komitmen bersama.

Rekomendasi Penguatan Manajemen Budaya dan Kepemimpinan

Menghadapi berbagai tantangan dalam implementasi budaya dan kepemimpinan di layanan kesehatan membutuhkan langkah-langkah strategis yang terencana, berkelanjutan, dan berbasis data. Beberapa rekomendasi yang dapat diterapkan dalam institusi pelayanan kesehatan meliputi:

1. Integrasikan Pelatihan Kepemimpinan ke dalam Program Pengembangan SDM

Kepemimpinan tidak boleh dianggap sebagai keterampilan alami, tetapi harus dikembangkan secara sistematis. Pelatihan

kepemimpinan harus menjadi bagian dari pengembangan karier tenaga kesehatan di semua level.

2. Kembangkan Model Budaya Organisasi yang Kontekstual dan Inklusif

Budaya organisasi perlu disesuaikan dengan konteks lokal (sosial, budaya, geografis), serta melibatkan semua pihak bukan hanya pimpinan dalam proses pembentukannya.

3. Bangun Sistem Umpan Balik Terstruktur dan Aman

Organisasi perlu menyediakan wadah formal dan informal agar staf merasa aman menyampaikan masukan, tanpa takut akan konsekuensi negatif. Ini termasuk survei budaya, forum staf, atau kotak saran anonim.

4. Perkuat Peran Role Model dalam Transformasi Budaya

Identifikasi dan dukung figur internal yang dapat menjadi teladan budaya kerja positif. Figur ini bisa berasal dari berbagai jenjang, bukan hanya pimpinan formal, dan dapat menjadi penggerak perubahan budaya.

5. Lakukan Evaluasi Budaya dan Kepemimpinan secara Periodik

Pengukuran budaya organisasi dan efektivitas kepemimpinan harus dilakukan secara rutin, misalnya melalui audit budaya, survei kepuasan staf, dan penilaian kepemimpinan. Hasilnya digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.

Kualitas pelayanan kesehatan tidak semata ditentukan oleh kecanggihan teknologi atau ketersediaan sumber daya, melainkan oleh kepemimpinan yang tangguh dan budaya organisasi yang hidup serta selaras dengan nilai-nilai kemanusiaan. Pemimpin yang mampu memberdayakan tim, menjunjung etika, dan mendorong inovasi akan menciptakan lingkungan kerja yang produktif dan bermakna. Budaya organisasi yang positif membentuk perilaku kolektif yang mendukung mutu layanan, keselamatan pasien, dan kepuasan kerja tenaga kesehatan. Ketika kepemimpinan dan budaya organisasi berjalan selaras, pelayanan kesehatan dapat berkembang menjadi sistem yang adaptif, inklusif, dan berkelanjutan memberikan manfaat nyata bagi institusi, tenaga kesehatan, dan masyarakat luas.

Daftar Pustaka

- Ayu, D. P. (2016). *Pengaruh Person-Environment Fit, Kepuasan Kerja dan Komitmen Organisasional terhadap Intention to Leave Pegawai (Studi di RS Orthopedi dan Traumatologi Surabaya)* (Tesis, Universitas Airlangga).
<https://repository.unair.ac.id/18159/>
- Ayu, D. P., & Kartika, A. (2022). Person-environment fit sebagai prediktor komitmen organisasi dan kepuasan kerja tenaga kesehatan. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Kesehatan*, 10(2), 120–132.
- Firmansyah, M. R., Anistuti, M., & Sopiah. (2023). Gaya kepemimpinan dan budaya organisasi: Pengaruh terhadap kinerja pegawai puskesmas. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(1), 45–58.
<https://doi.org/10.1234/jakki.v12i1.123>
- Kristof, A. L. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49(1), 1–49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1996.tb01790.x>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2017). *Organizational Behavior* (17th ed.). Pearson Education.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sudirman, A., & Badrussaman, M. (2024). Efektivitas gaya kepemimpinan situasional dalam pelayanan kesehatan primer. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Kesehatan*, 6(1), 10–20.
- Syahrial, A., & Byarwati, A. (2022). Kepemimpinan transformasional dalam organisasi kesehatan: Sebuah tinjauan teoritis. *Jurnal Kepemimpinan Kesehatan*, 5(1), 25–35.

PROFIL PENULIS



Dessya Putri Ayu, S.K.M., M.Kes.

Penulis merupakan akademisi dengan latar belakang keahlian di bidang kesehatan masyarakat, khususnya dalam manajemen program gizi, administrasi kesehatan, dan kebijakan kesehatan. Pendidikan sarjana ditempuh di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2009–2013) dengan peminatan Manajemen Rumah Sakit, dilanjutkan pendidikan magister di Universitas Airlangga (2014–2016) dengan fokus pada Manajemen Kesehatan. Sebelum mengajar, penulis bekerja di rumah sakit dan terlibat dalam pengelolaan mutu serta manajemen layanan kesehatan. Pengalaman ini memberikan pemahaman langsung tentang sistem pelayanan kesehatan dan menjadi bekal dalam menyusun buku yang relevan dengan praktik di lapangan. Selain mengajar, penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat, baik melalui hibah perguruan tinggi maupun dari Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi.

Penulis juga rutin menulis dan menerbitkan buku ajar, buku referensi, serta artikel ilmiah sebagai kontribusi terhadap pengembangan ilmu dan praktik di bidang kesehatan masyarakat. Melalui pendidikan vokasi, riset terapan, dan keterlibatan komunitas, penulis berkomitmen mendukung peningkatan mutu dan keberlanjutan sistem kesehatan yang inklusif dan kontekstual. Penulis juga konsisten menulis dan menerbitkan buku serta artikel ilmiah sebagai kontribusi dalam pengembangan ilmu dan praktik kesehatan masyarakat. Melalui pendidikan vokasi, penelitian terapan, dan keterlibatan komunitas, penulis berkomitmen membangun kesehatan masyarakat yang inklusif, bermutu, dan berkelanjutan.

Email: dessya.putri@polije.ac.id



BAB 5

MANAJEMEN SUMBER

DAYA MANUSIA

KESEHATAN

Dina Khomariyatul Hasanah, S.KM., M.Kes.
Institut Teknologi Pembangunan Surabaya



Definisi Manajemen SDM

Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) dalam pelayanan kesehatan merupakan bidang penting yang berfokus pada perekrutan dan pengembangan tenaga kerja yang terampil, efisien, dan termotivasi. Sektor pelayanan kesehatan menghadapi tantangan unik yang memerlukan strategi MSDM untuk memastikan pemberian layanan kepada pasien berkualitas tinggi (Kemal & Sourci, 2020). Menurut (Sebayang dkk., 2023), manajemen sumber daya manusia kesehatan merupakan serangkaian proses merekrut, melatih, mengawasi, memberikan kompensasi, serta mempertahankan sumber daya yang diperlukan rumah sakit untuk mencapai tujuan rumah sakit secara efisien dan efektif. Manajemen memastikan bahwa tenaga kerja tersedia dan terdistribusi secara merata pada posisi yang sesuai kualifikasi di waktu yang tepat saat dibutuhkan. Manajemen dinyatakan sukses jika tujuan rumah sakit terpenuhi, tugas diselesaikan, dan sumber daya digunakan secara optimal.

MSDM dalam pelayanan kesehatan mencakup berbagai kegiatan yang dirancang untuk memaksimalkan kinerja karyawan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan suatu organisasi. Hal ini melibatkan perencanaan dan pelaksanaan strategis dalam rekrutmen, pelatihan dan pengembangan, manajemen kinerja, serta kepatuhan terhadap peraturan dan standar pelayanan kesehatan. Kompleksitas layanan kesehatan ditambah dengan kebutuhan akan keterampilan khusus dan standar etika yang tinggi, menjadikan SDM kesehatan unik sekaligus menantang. Sektor ini membutuhkan tenaga kerja yang tidak hanya cakap secara teknis, tetapi juga adaptif terhadap kemajuan teknologi, perubahan regulasi, dan kebutuhan pasien yang terus berkembang (Bernard Nkala dkk., 2021).

Saat ini manajemen sumber daya manusia di rumah sakit memainkan peranan besar dalam mengelola aset paling berharga yakni karyawan. Rekrutmen di bidang kesehatan terus membutuhkan tenaga profesional terampil yang dapat memberikan layanan kesehatan berkualitas di berbagai spesialisasi. Kompetisi untuk mendapatkan, mengelola, dan mempertahankan tenaga kerja kesehatan yang kompeten menjadi tantangan besar bagi pemberi layanan kesehatan. Menurut (Patrick, 2019) fungsi manajemen

adanya tekanan untuk mempekerjakan kerabat seorang eksekutif berkedudukan tinggi, serta proses pengambilan keputusan pemutusan hubungan kerja yang semena-mena.

Departemen sumber daya manusia berperan sebagai entitas sentral yang harus memimpin dalam menanamkan prinsip-prinsip etika dalam suatu organisasi. Suatu organisasi dapat mematuhi standar etika bergantung pada kerja sama karyawan. Namun praktik ini harus dimulai dengan memperlakukan karyawan secara etis dan menerapkan prinsip-prinsip etika pada saat rekrutmen dan sepanjang masa karyawan tersebut bergabung dengan organisasi. (Olanipekun, 2021). Mengembangkan dan menerapkan kepemimpinan dan perilaku etis oleh manajer sumber daya manusia penting dalam menumbuhkan etika di tempat kerja (Smith dkk., 2018). Gaya kepemimpinan yang etis dapat mendorong etos kerja yang kuat dengan menekankan keamanan kerja, keadilan, integritas, tanggung jawab, akuntabilitas, dan kejujuran di tempat kerja (Alizadeh dkk., 2021). Kepemimpinan yang etis juga dapat membantu mendefinisikan etos kerja dengan menetapkan standar perilaku yang tepat di tempat kerja dan mendukung norma-norma etika (Margherita, 2022).

Sistem manajemen SDM mencakup beragam praktik SDM, seperti perekrutan, pelatihan dan pengembangan, evaluasi kinerja, dan program insentif, yang bekerja sama untuk mencapai tujuan. Praktik SDM yang berfungsi bersama sebagai suatu sistem memiliki dampak yang lebih besar pada persepsi Masyarakat terhadap atmosfer etika dibandingkan praktik SDM yang bertindak secara terpisah (Ombanda & Obonyo, 2019). Sistem SDM dapat dipandang dari sudut pandang orang yang berkepentingan dalam hal pengambilan keputusan etis tentang praktik SDM. Daya saing suatu perusahaan dan keberlangsungannya dalam jangka panjang dapat bergantung pada seberapa sukses sistem SDM-nya mendukung dan membina budaya etika yang kemudian diterjemahkan menjadi perilaku kerja yang etis. Oleh karena itu, organisasi dapat menggunakan sistem SDM mereka untuk memengaruhi perilaku etis yang diperlukan yang akan menghasilkan keunggulan kompetitif (Valentine dkk., 2018).

Daftar Pustaka

- Akilah, F. (2017). Manajemen Perencanaan Sumber Daya Manusia Di Bidang Pendidikan: Manifestasi dan Implementasi. *Didaktika Jurnal Kependidikan*, 11, 81–94.
- Alizadeh, A., Dirani, K. M., & Qiu, S. (2021). Ethics, code of conduct and ethical climate: Implications for human resource development. *European Journal of Training and Development*, 45(8/9), 674–690. <https://doi.org/10.1108/EJTD-04-2020-0077>
- Astuti. (2016). *Manajemen Pendidikan* (1 ed.). Gunadarma Ilmu.
- Bernard Nkala, Charles Mudimu, & Angelbert Mbengwa Mbengwa. (2021). Human resources for health talent management contribution: A case for health systems strengthening in the public health sector. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 9(2), 192–201. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.9.2.0062>
- Donley, J. (2021). The Impact of Work Environment on Job Satisfaction. *Nurse Leader*, 19(6), 585–589. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.009>
- Fealy, S., Irwin, P., Tacgin, Z., See, Z. S., & Jones, D. (2023). Enhancing Nursing Simulation Education: A Case for Extended Reality Innovation. *Virtual Worlds*, 2(3), 218–230. <https://doi.org/10.3390/virtualworlds2030013>
- Hanafiah, A. (2024). *Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Sektor Kesehatan* (1 ed.). PT Literasi Nusantara Abadi Grup. https://repositorypenerbitlitnus.co.id/id/eprint/149/1/Manajemen_Sumber_Daya_Manusia_dalam_Sektor_Kesehatan.pdf
- Kemal, S., & Sourci, S. M. M. (2020). The Essential Role of Human Resources Management in Healthcare and Its Impact On Facilitating Optimal Healthcare Services. *Qalaai Zanist Scientific Journal*, 5(2). <https://doi.org/10.25212/lfu.qzj.5.2.35>
- Margherita, A. (2022). Human resources analytics: A systematization of research topics and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 32(2), 100795. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2020.100795>

- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Montel, L., Coleman, M. P., Murphy, T., Balabanova, D., Ciula, R., Evans, D. P., Lougarre, C., Verhoeven, D., & Allemani, C. (2023). Implementing and monitoring the right to health in breast cancer: Selection of indicators using a Delphi process. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01964-w>
- Olanipekun, L. O. (2021). *Ethics in Human Resource Management: A Conceptual and Theoretical Analysis*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6547247>
- Oluwaseyi Rita Owolabi, Funmilola Olatundun Olatoye, Oluwafunmi Adijat Elufioye, & Beatrice Okunade. (2024). Human resources management in healthcare: Recruitment, retention, and workforce development: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(2), 950–957. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0522>
- Ombanda, P. O., & Obonyo, P. K. (2019). Critical Analysis of Ethics in Human Resource Management and Employee Performance. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, 9(1), p8570. <https://doi.org/10.29322/IJSRP.9.01.2019.p8570>
- Patrick, P. (2019). Core Functions of Human Resource Management and its Effectiveness on Organization: A Study. *International Journal of Research in Economics and Sosial Sciences*, 9(5), 257–266.
- Realyvásquez-Vargas, A., Maldonado-Macías, A. A., Arredondo-Soto, K. C., Baez-Lopez, Y., Carrillo-Gutiérrez, T., & Hernández-Escobedo, G. (2020). The Impact of Environmental Factors on Academic Performance of University Students Taking Online Classes during the COVID-19 Pandemic in Mexico. *Sustainability*, 12(21), 9194. <https://doi.org/10.3390/su12219194>
- Samuel, A., Cervero, R. M., Durning, S. J., & Maggio, L. A. (2021). Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals'

- Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. *Academic Medicine*, 96(6), 913–923. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003899>
- Sbaffi, L., & Zhao, C. (2020). Modeling the online health information seeking process: Information channel selection among university students. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 71(2), 196–207. <https://doi.org/10.1002/asi.24230>
- Sebayang, toto edrinal, Jati, P., Atmojo, K., Hayati, N., & Elshifa, A. (2023). *Buku Ajar Manajemen Sumber Daya Manusia* (1 ed.). PT. Sonpedia Publishing Indonesia. https://www.researchgate.net/publication/375188168_BUKU_AJAR_MANAJEMEN_SUMBER_DAYA_MANUSIA
- Singh, A. K., Verma, J., & Verma, R. (2020). Understanding Role of Market-orientated IT Competence and Knowledge Sharing Mechanism in Gaining Competitive Advantage. *Global Business Review*, 21(2), 418–435. <https://doi.org/10.1177/0972150918824949>
- Smith, S. S., Rohr, S. L., & Panton, R. N. (2018). Human resource management and ethical challenges: Building a culture for organization success. *International Journal of Public Leadership*, 14(2), 66–79. <https://doi.org/10.1108/IJPL-10-2016-0044>
- Tursunbayeva, A., Bunduchi, R., Franco, M., & Pagliari, C. (2017). Human resource information systems in health care: A systematic evidence review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(3), 633–654. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw141>
- Vahdat, S. (2022). The role of IT-based technologies on the management of human resources in the COVID-19 era. *Kybernetes*, 51(6), 2065–2088. <https://doi.org/10.1108/K-04-2021-0333>
- Valentine, S. R., Hollingworth, D., & Schultz, P. (2018). Data-based ethical decision making, lateral relations, and organizational commitment: Building positive workplace connections through ethical operations. *Employee Relations*, 40(6), 946–963. <https://doi.org/10.1108/ER-10-2017-0240>

- Van Den Broek, A. (2023). Human resource management (HRM) and performance: Balancing between optimization of organizational performance and well-being of (healthcare) employees. *Journal of Infrastructure, Policy and Development*, 8(1). <https://doi.org/10.24294/jipd.v8i1.2812>
- Yu, J., Yuan, L., Han, G., Li, H., & Li, P. (2022). A Study of the Impact of Strategic Human Resource Management on Organizational Resilience. *Behavioral Sciences*, 12(12), 508. <https://doi.org/10.3390/bs12120508>

PROFIL PENULIS



Dina Khomariyatul H, S.KM., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan membuat penulis memilih untuk melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D3 Kebidanan Politeknik Kesehatan Dr. Soepraoen Malang pada tahun 2009. Tidak berhenti sampai disini, penulis melanjutkan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan

Biostatistika Kependudukan Universitas Jember dan lulus pada tahun 2018. Empat tahun kemudian, penulis menyelesaikan pendidikan S2 di fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2022.

Penulis pernah bekerja sebagai bidan di Rumah Sakit Bantuan Malang pada tahun 2010-2013 dan Puskesmas Kencong di Kabupaten Jember pada tahun 2013-2014. Sampai dengan saat ini, penulis aktif bekerja sebagai bidan di kamar bersalin Rumah Sakit Bina Sehat Jember. Penulis juga aktif sebagai dosen tetap di Institut Teknologi Pembangunan Surabaya di Jember. Pada tahun 2018, penulis pernah tergabung sebagai enumerator dalam penelitian kerjasama Universitas Jember dan BKKBN Provinsi Jawa Timur, tim penyusun Bunga Rampai Pembangunan Kesehatan Remaja di Provinsi Jawa Timur Analisis Lanjut SDKI 2017 dan SKAP 2018, dan penelitian data sekunder yang didanai oleh BKKBN Pusat. Buku ini merupakan buku pertama penulis, semoga menjadi pembuka dalam karya buku selanjutnya dan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: DKhomariyatulH@gmail.com



BAB 6

MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN

Adi Anggoro Parulian, A.Md.Per.Info.Kes., S.E., MMRS.
Universitas Santo Borromeus



Definisi Manajemen Keuangan

Secara umum, manajemen dapat didefinisikan sebagai suatu metode untuk mengintegrasikan dan mengoordinasikan berbagai sumber daya dalam sebuah organisasi, termasuk manusia, keuangan, teknis, material, peralatan, dan lain-lain, untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Dunn & Haimann, 2007).

Manajemen keuangan merupakan suatu kegiatan yang berfokus pada pengambilan keputusan terkait jumlah aset yang diperlukan, strategi untuk meningkatkan modal organisasi atau bisnis, dan upaya untuk memaksimalkan nilai organisasi. Prinsip-prinsip inti dari manajemen keuangan ini dapat diterapkan oleh kelompok atau perusahaan, baik yang berorientasi pada keuntungan maupun yang tidak (Brigham & Houston, 2019). Manajemen keuangan dapat diartikan sebagai proses perumusan strategi keuangan dan pengelolaan operasional keuangan suatu kelompok atau perusahaan dalam periode waktu tertentu. Layanan kesehatan memiliki tujuan utama untuk memberikan pelayanan yang optimal. Meskipun demikian, keuntungan tetap penting bagi penyedia layanan kesehatan agar dapat terus beroperasi dan memberikan layanan tersebut. Keuntungan ini memungkinkan mereka untuk mempertahankan dan bahkan meningkatkan kualitas layanan yang mereka berikan. (Parulian et al., 2024). Penyedia layanan kesehatan harus memahami adanya *trade-off* antara risiko dan keuntungan saat berusaha mencapai profit maksimal. Prinsip dasarnya adalah semakin tinggi risiko, semakin besar potensi keuntungannya. Oleh karena itu, manajer layanan kesehatan perlu menyeimbangkan berbagai kegiatan, baik yang berisiko tinggi maupun rendah, asalkan tetap memberikan manfaat kesehatan yang sepadan bagi pasien. Selain itu, fasilitas kesehatan juga wajib melakukan pencegahan risiko terkait dengan layanan yang mereka berikan.

Sistem Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan salah satu komponen integral dalam Sistem Kesehatan. Sebagaimana halnya subsistem pelayanan kesehatan, pemahaman mendalam tentang subsistem ini esensial untuk memahami sistem kesehatan secara menyeluruh.

memastikan tugas dilaksanakan dengan benar. Tujuannya adalah untuk menjaga akurasi dan efisiensi dalam pengelolaan keuangan.

b. *Motivation*

Motivasi adalah proses menginspirasi atau mendorong staf keuangan agar bersemangat dalam bekerja. Penggunaan beragam insentif, baik yang bersifat positif atau negatif, serta yang bersifat moneter (seperti bonus) atau non-moneter (seperti pengakuan atau promosi), dapat diterapkan untuk meningkatkan motivasi dan kinerja staf keuangan.

c. *Leadership*

Kepemimpinan adalah proses di mana seorang manajer keuangan membimbing dan memengaruhi stafnya. Tujuannya adalah untuk memastikan kinerja mereka selaras dengan target keuangan yang telah ditetapkan.

d. *Communication*

komunikasi adalah kegiatan esensial yang melibatkan penyampaian informasi, pengalaman, dan pandangan dari satu individu (misalnya manajer keuangan) kepada individu lain (staf atau direksi). Proses ini memungkinkan transfer pengetahuan, yang krusial untuk memastikan pemahaman dan keselarasan dalam pengambilan keputusan keuangan.

4. Pengendalian terhadap Rencana Keuangan

Pengendalian keuangan dalam fasilitas kesehatan adalah proses untuk memastikan bahwa semua aktivitas finansial berjalan sesuai rencana dan sumber daya digunakan secara optimal. Ini dilakukan dengan membandingkan hasil aktual dengan target yang telah ditetapkan. Jika terjadi penyimpangan, proses ini akan mengidentifikasi penyebabnya, memungkinkan dilakukannya tindakan korektif, dan menjadi masukan berharga untuk penyusunan rencana keuangan di masa depan.

Tantangan Manajemen Keuangan Pelayanan Kesehatan

Manajemen keuangan dalam layanan kesehatan di Indonesia sedang mengalami pergeseran paradigma. Tantangan yang dihadapi mencakup:

1. Adaptasi terhadap peraturan baru : Regulasi pemerintah, seperti jaminan kesehatan nasional (JKN), menuntut model pembiayaan dan pengelolaan keuangan yang berbeda dari sebelumnya.
2. Efisiensi biaya : terdapat tekanan untuk meningkatkan efisiensi tanpa mengorbankan kualitas layanan, terutama dengan adanya sistem pembayaran berbasis kapitasi dan *case-based groups* (CBG).
3. Manajemen pendapatan dan piutang : mengelola arus kas, terutama dari piutang pasien dan klaim asuransi yang kompleks, menjadi tantangan signifikan.
4. Investasi modal : mengalokasikan dana secara bijak untuk investasi peralatan medis, teknologi, dan infrastruktur agar tetap kompetitif dan memberikan layanan terbaik.
5. Pengukuran kinerja keuangan : mengembangkan metrik dan sistem manajemen keuangan yang akurat untuk mengukur kinerja keuangan secara holistik, tidak hanya berdasarkan laba, tetapi juga dampak sosial dan kualitas layanan.

Daftar Pustaka

- Adrianto, R. (2022). *Manajemen Keuangan Kesehatan: Vol. VIII*. CV Budi Utama Deepublish.
<https://repository.unmul.ac.id/bitstream/handle/123456789/50668/Manajemen%20Keuangan%20Kesehatan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brigham, E. F. ., & Houston, J. F. . (2019). *Fundamentals of financial management*. Cengage.
- Dunn, R. T., & Haimann, T. (2007). *Also from Health Administration Press Health Services Management: Readings, Cases, and Commentary*.
- Frinkler, S. A., Smith, D. L., & Calabrese, T. D. (2019). *Financial Management for Public Health and Not-for-Profit Organizations*.
https://www.google.co.id/books/edition/Financial_Management_for_Public_Health_a/KCl_DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Gapenski. (2016). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting & Financial Management*.
- Niedar, A., Suryawati, C., Hardiawan, D., Vadra, J., Widodo, P., & Harto, P. (2022). *MANAJEMEN KEUANGAN DAN AKUNTANSI DALAM EKONOMI KESEHATAN*. <http://www.depkes.go.id>
- Parulian, A. A., Hermawan, A., Suryana, P., Kristiawan, H., Firmansyah, Y. W., Prasaja, B. J., Maharani, G., Marhadi, A. I. M., & Maria, R. A. (2024). Impact of Intellectual Capital and Leverage on Profitability and Their Implications for Firm Value in Indonesian Healthcare Providers. *Journal of Corporate Governance, Insurance, and Risk Management*, 11(2), 85–97.
<https://doi.org/10.56578/jcgirm110201>
- Warren, C. S., Reeve, J. M., & Duchac, J. E. (2018). *Accounting (Indonesia Adaptation) 4th Edition Vol 2* (4th ed., Vol. 2). Salemba Empat.
- Weygandt, J. J., Kimmel, P. D., & Kieso, D. E. (2018). *SIXTH EDITION ACCOUNTING MANAGERIAL TOOLS FOR BUSINESS DECISION MAKING*. www.ebook3000.com

PROFIL PENULIS



**Adi Anggoro Parulian,
A.Md.Per.Info.Kes., S.E., MMRS**

Ketertarikan penulis terhadap manajemen khususnya pada manajemen keuangan dimulai pada tahun 2022 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk menjadi tenaga pengajar di Universitas Santo Borromeus. Penulis lahir di Bandung tanggal 30 Januari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Perekam dan Informasi Kesehatan, Fakultas Vokasi Universitas Santo Borromeus. Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga pada jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, S1 pada Jurusan Manajemen dan S2 pada Jurusan Manajemen Rumah Sakit di Universitas Pasundan. Penulis memiliki pengalaman kerja selama 7 tahun sebagai praktisi rekam medis sebelum akhirnya menjadi tenaga pengajar. Penulis memiliki kepakaran dibidang Manajemen Keuangan. Dan untuk mewujudkan karier sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: Adi.stikesborromeus@gmail.com



BAB 7

MANAJEMEN RANTAI PASOK OBAT DAN ALAT KESEHATAN

apt. Cinthya Ratna Yuniar, S.Farm., M.M.
Akademi Analis Farmasi dan Makanan Sunan Giri



Berkembangnya industri farmasi secara global memberikan harapan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan khususnya yang membutuhkan pengobatan dan alat kesehatan sebagai penunjang peningkatan kesehatan masyarakat. Hal tersebut memungkinkan perusahaan obat dan alat kesehatan secara kompetitif meningkatkan keunggulan pelayanan sehingga mampu bersaing. Dalam menjamin keunggulan bersaing tersebut penting menerapkan manajemen rantai pasok secara kumulatif terhadap aliran material maupun informasi mulai dari hulu ke hilir yaitu dari pemasok menuju konsumen akhir ataupun sebaliknya. Alur rantai pasok obat dan alat kesehatan dimulai dari bahan baku diperoleh menuju lokasi produksi atau pabrik obat bagian penyimpanan, produk jadi diserahkan pada distributor untuk diedarkan pada pelanggan di fasilitas kesehatan yang akan menyerahkan pada konsumen akhir yaitu pasien yang membutuhkan pengobatan.

Rantai sediaan tersebut dikenal juga sebagai jaringan logistik obat dan alat kesehatan. Secara umum fungsi dan aktivitas manajemen rantai pasok meliputi perencanaan melalui peramalan, pengadaan, manajemen informasi dan dokumentasi, penjaminan kualitas, penjadwalan produksi, distribusi dan layanan pada pelanggan. Pada satu perusahaan farmasi memungkinkan memiliki beberapa rantai pasok, dilihat dari sistem distribusi yang berbeda pada masing masing divisi. Contohnya jika obat tertentu didistribusikan melalui pabrik sendiri, akan berbeda rantai pasoknya dengan obat perusahaan tersebut yang didistribusikan dari rekanan pabrik lain.

Konsep Dasar Manajemen Rantai Pasok Obat dan Alat Kesehatan

Manajemen rantai pasok / *Supply Chain Management* (SCM) dalam bidang farmasi merupakan proses pengelolaan aliran obat dan alat kesehatan dari produsen hingga ke pasien dengan harapan dilakukan secara efisien, efektif, dan aman. Tujuannya utamanya adalah memastikan ketersediaan produk yang tepat waktu, dengan kualitas terjamin, dan biaya optimal sehingga pelayanan kesehatan pada masyarakat menjadi optimal (Wati et al., 2013). Kegiatan manajemen rantai pasok mencakup perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, dan

Perusahaan perlu memastikan bahwa semua proses dalam rantai pasok mematuhi regulasi lokal maupun internasional untuk menghindari penarikan produk atau sanksi hukum.

Metode Evaluasi Kinerja Manajemen Rantai Pasok

Evaluasi kinerja manajemen rantai pasok menjadi langkah penting untuk memastikan bahwa sistem ini berjalan dengan baik. Beberapa metode evaluasi kinerja manajemen rantai pasok obat dan alat Kesehatan dapat diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi Perusahaan. Pentingnya Evaluasi Kinerja untuk mengukur sejauh mana sistem rantai pasok mampu memenuhi kebutuhan pelanggan, baik dari segi waktu, biaya, maupun kualitas. Dalam konteks obat dan alat kesehatan, evaluasi ini juga membantu mendeteksi potensi masalah seperti kekurangan stok, keterlambatan pengiriman, atau ketidaksesuaian produk. Dengan demikian, organisasi dapat mengambil langkah perbaikan yang tepat untuk meningkatkan efisiensi operasional.

1. Key Performance Indicators (KPI)

KPI merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai keberhasilan proses rantai pasok berdasarkan indikator tertentu (Yuniar & Hidayat, 2022). Beberapa KPI yang relevan dalam rantai pasok obat dan alat kesehatan meliputi:

- a. Tingkat Pemenuhan Pesanan (*Order Fulfillment Rate*) yaitu mengukur persentase pesanan yang terpenuhi tepat waktu.
- b. Tingkat Ketersediaan Produk (*Product Availability*) dengan mengukur persentase produk yang tersedia sesuai kebutuhan.
- c. Waktu Siklus Pengadaan (*Procurement Cycle Time*) Mengukur waktu yang diperlukan dari proses pemesanan hingga pengiriman produk.
- d. Biaya Logistik (*Logistics Cost*) Menilai efisiensi biaya transportasi, penyimpanan, dan distribusi.

2. Analisis Efisiensi

Metode ini melibatkan pengukuran efisiensi operasional melalui pendekatan seperti *Data Envelopment Analysis* (DEA). DEA

digunakan untuk membandingkan efisiensi relatif antara unit-unit dalam sistem rantai pasok. Dengan menggunakan data input (misalnya biaya atau tenaga kerja) dan output (misalnya jumlah produk yang dikirim), organisasi dapat mengidentifikasi unit yang kurang efisien (Dermawan et al., 2017).

3. Six Sigma

Six Sigma adalah pendekatan berbasis data yang bertujuan untuk mengurangi variabilitas dalam proses rantai pasok. Dalam konteks obat dan alat kesehatan, metode ini dapat membantu mengidentifikasi penyebab utama dari masalah seperti keterlambatan pengiriman atau kerusakan produk. Alat ukur seperti DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*) sering digunakan dalam implementasi Six Sigma.

4. Benchmarking

Benchmarking adalah proses membandingkan kinerja rantai pasok dengan organisasi lain yang memiliki praktik terbaik. Metode ini membantu organisasi memahami posisi mereka dalam industri dan memberikan wawasan tentang area yang perlu ditingkatkan.

5. Evaluasi Risiko

Manajemen risiko juga menjadi bagian penting dari evaluasi kinerja rantai pasok. Metode ini melibatkan identifikasi risiko seperti gangguan distribusi, perubahan regulasi, atau fluktuasi permintaan. Alat ukur seperti *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) dapat digunakan untuk menilai dampak dan kemungkinan risiko tersebut (Kusumo et al., 2022).

6. Supply Chain Operations Reference (SCOR) Model

Kerangka kerja yang menyediakan metrik dan praktik terbaik untuk manajemen rantai pasok (Yuniar & Hidayat, 2022).

Daftar Pustaka

- Capritasari, R., & Kurniawati, D. R. (2021). Analisis perencanaan dan pengadaan obat guna menjamin ketersediaan obat di rumah sakit. *Sasambo Journal of Pharmacy*, 2(1), 32–36.
- Darmawan, N. W., Peranginangin, J. M., & Herowati, R. (2021). Analisis pengendalian persediaan obat bpjs kategori a (always) dan e (esensial) dengan menggunakan metode abc, ven dan eoq di ifrs bhayangkara tingkat iii nganjuk. *J Pharm Sci*, 1, 21.
- Dermawan, D., Bahtiar, R., & Sofian, F. F. (2017). Tinjauan Implementasi Penilaian Risiko Terintegrasi Terhadap Manajemen Rantai Pasok pada Industri Farmasi. *Jurnal Farmasi Indonesia Vol*, 9(1).
- Herlambang, C. A., & Parung, J. (2021). Information system design and inventory management on pharmacy business within ABC-XYZ analysis method. *Airlangga Journal of Innovation Management*, 2(2), 194–205.
- Kusumo, H., Solechan, A., & Marlina, D. (2022). Mengelola Risiko Pada Manajemen Rantai Pasokan (MRP) di Industri Farmasi. *Stability: Journal of Management and Business*, 5(2), 161–173.
- Melizsa, M., Kasumawati, F., & Nuryamin, E. (2021). Analisis Pengendalian Persediaan Obat Bpjs Dengan Metode Analisis ABC, Metode Economic Order Quantity (EOQ), Dan Reorder Point (ROP). *Edu Masda Journal*, 5(1), 73–88.
- Mustamu, R. H. (2007). Manajemen rantai pasokan industri farmasi di Indonesia. *Jurnal Manajemen Dan Kewirausahaan*, 9(2), 99–106.
- Oetari, O., & Widodo, G. P. (2020). Analisis pengendalian persediaan obat dengan metode ABC, VEN dan EOQ di rumah sakit bhayangkara kediri. *JPSCR: Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*, 5(2), 97–109.
- Puspikaryani, G. A. P., Kristanti, I. G. A. M. I., & Wibawa, I. M. A. Y. (2022). Strategi Perencanaan dan Pengadaan Obat Dalam Penanganan Pandemi Covid-19 di Instalasi Farmasi RSUD Bali Mandara. *Majalah Farmaseutik*, 18(1), 85–89.

- Wari, N. I., & Mudayana, A. A. (2022). Analisis pengadaan obat menggunakan metode konsumsi di bagian logistik farmasi rumah sakit nur hidayah bantul. *International Journal of Healthcare Research*, 5(1).
- Wati, W., Fudholi, A., & Widodo, G. P. (2013). Evaluasi Pengelolaan obat dan strategi perbaikan dengan metode hanlon di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tahun 2012. *JURNAL Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 3(4), 283–290.
- Yuniar, C. R., & Hidayat, W. (2022). Competitive strategy through supply chain management on pharmacy installation: comparison study in two hospitals. *Airlangga Journal of Innovation Management*, 3(1), 18–32.
- Yuniar, C. R., Riana, W., Maa'idah, U. N., & Rakhmawati, E. A. (2023). Effectiveness of Supply Chain Management Using Kanban System in Hospital Pharmacy Logistics: A Case Study. *Airlangga Journal of Innovation Management*, 4(2), 125–135.

PROFIL PENULIS



apt. Cinthya Ratna Yuniar, S.Farm., M.M.

Penulis kelahiran Sidoarjo memiliki ketertarikan terhadap ilmu farmasi dimulai pada tahun 2005. Saat penulis mengambil jalur Pendidikan perguruan tinggi jurusan S1 Farmasi dan profesi di Universitas Airlangga. Penulis lulus dan mendapatkan gelar Apoteker di tahun 2010, kemudian bekerja sebagai Apoteker Penanggung Jawab Apotek di Surabaya. Tahun 2016 penulis mengambil Pendidikan lanjutan S2 jurusan Manajemen, dan mendirikan apotek milik sendiri di Ponorogo. Sampai saat ini penulis memiliki dua cabang apotek dan klinik. Penulis mulai menggeluti profesi sebagai pengajar di tahun 2018 pada kampus afiliasi AKAFARMA Sunan Giri Ponorogo.

Email Penulis : cinthya.akafarma@gmail.com



BAB 8

KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM PELAYANAN KESEHATAN

apt. Sri Wahyuningsih, M.Farm.
STIKes Ibnu Sina Ajibarang



antar tenaga kesehatan atau antara tenaga kesehatan dan pasien (WHO, 2017). Kesalahan komunikasi ini bisa berupa informasi yang tidak lengkap, salah interpretasi, atau tidak adanya umpan balik. Dalam sistem pelayanan yang kompleks seperti rumah sakit, komunikasi yang tidak efektif menjadi akar dari banyak permasalahan keselamatan pasien (JCI, 2015).

Kegagalan komunikasi tidak hanya berdampak pada keselamatan pasien, tetapi juga dapat menurunkan moral kerja tenaga kesehatan dan menyebabkan konflik antarprofesi. Di lingkungan rumah sakit, kolaborasi tim multidisiplin sangat bergantung pada komunikasi yang terbuka, saling menghormati, dan berorientasi pada tujuan bersama. Tanpa komunikasi yang efektif, koordinasi layanan menjadi terganggu, tanggung jawab menjadi kabur, dan risiko terjadinya tumpang tindih atau kelalaian meningkat (Leonard & Bonacum, 2004). Oleh karena itu, membangun budaya komunikasi yang baik harus menjadi prioritas dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan, termasuk melalui pelatihan keterampilan komunikasi dan penerapan sistem dokumentasi yang jelas.

Secara keseluruhan, pemahaman dan penguasaan keterampilan komunikasi yang efektif merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari profesionalisme tenaga kesehatan. Dalam konteks pendidikan kesehatan, keterampilan komunikasi harus diajarkan secara eksplisit dan berkelanjutan. Sementara dalam praktik pelayanan, komunikasi yang efektif harus diintegrasikan dalam seluruh proses perawatan, mulai dari anamnesis, penyampaian diagnosis, perencanaan terapi, hingga edukasi pasien dan keluarga. Investasi dalam pelatihan komunikasi terbukti tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan, tetapi juga mengurangi risiko litigasi, meningkatkan efisiensi, dan memperkuat hubungan pasien-dokter yang berkelanjutan (Ha, J.& Longnecker, 2010).

Pengertian Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah suatu proses pertukaran informasi yang ditandai dengan pemahaman yang tepat dari pihak penerima serta munculnya umpan balik yang relevan dan konstruktif. Dalam konteks pelayanan kesehatan, komunikasi efektif melibatkan kemampuan

efektif untuk menilai komunikasi antarprofesi secara menyeluruh(O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Indikator kinerja menjadi alat evaluatif lainnya yang banyak digunakan dalam sistem pelayanan modern. Indikator tersebut dapat berupa jumlah insiden komunikasi (misalnya kesalahan informasi dalam pemberian obat atau pelaporan hasil laboratorium), waktu tunggu pengiriman informasi medis antarunit, dan tingkat pemahaman pasien terhadap terapi yang dijalankan. Salah satu cara mengukur tingkat pemahaman adalah dengan metode *teach-back*, yaitu meminta pasien mengulangi kembali informasi yang diberikan tenaga medis dengan kata-kata mereka sendiri. Evaluasi berbasis indikator ini tidak hanya memberikan data kuantitatif, tetapi juga menjadi dasar pengambilan keputusan untuk perbaikan sistem komunikasi yang berkelanjutan(Epstein & Street, 2007).

Di samping pendekatan kuantitatif, metode evaluasi kualitatif juga sangat penting untuk menggali persepsi, pengalaman, dan hambatan komunikasi dari sudut pandang pasien maupun tenaga medis. Wawancara mendalam (*in-depth interview*) memberikan ruang bagi pasien untuk mengemukakan hal-hal yang tidak tercakup dalam survei tertutup. Sementara itu, diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion/FGD*) dapat mengidentifikasi tema-tema utama yang menjadi kendala atau kekuatan dalam komunikasi di institusi pelayanan kesehatan tertentu. Pendekatan ini sangat berguna untuk memahami konteks sosial, budaya, dan emosional dari komunikasi klinis(Tong et al, 2007). Melalui triangulasi data dari berbagai sumber ini, evaluasi komunikasi dapat dilakukan secara lebih komprehensif dan mendalam.

Studi Kasus: Komunikasi Efektif

1. Kasus 1 : Komunikasi Gagal pada Pasien Post-Operasi

Salah satu contoh kegagalan komunikasi yang sering terjadi dalam pelayanan kesehatan adalah tidak tersampainya instruksi klinis secara tertulis. Dalam sebuah kasus di rumah sakit daerah, seorang pasien pasca-operasi mengalami nyeri yang berkepanjangan karena dokter tidak menuliskan instruksi pemberian analgesik di lembar rekam medis, hanya menyampaikan secara lisan kepada

perawat. Perawat yang sedang berganti shift tidak menerima informasi tersebut secara utuh, sehingga analgesik tidak segera diberikan. Akibatnya, pasien mengalami ketidaknyamanan, dan kepuasan terhadap layanan menurun drastis. Evaluasi insiden ini menunjukkan bahwa komunikasi tertulis sangat penting dalam memastikan kontinuitas pelayanan medis, terutama dalam konteks shift kerja yang melibatkan banyak profesi kesehatan (Sutanto & Ramadhani, 2021). Penggunaan sistem pencatatan elektronik (*electronic health record*) juga direkomendasikan untuk menghindari miskomunikasi serupa (Khezri & Abdi, 2019).

2. Kasus 2 : Keberhasilan Komunikasi Tim ICU

Sebaliknya, implementasi strategi komunikasi yang baik di unit perawatan intensif (ICU) menunjukkan hasil positif. Di sebuah rumah sakit tipe B di Jawa Tengah, tim ICU menerapkan *briefing* harian setiap pagi yang melibatkan dokter, perawat, apoteker klinis, dan fisioterapis. Setiap tindakan medis atau perubahan terapi dibahas bersama, dan *debriefing* dilakukan setelah prosedur besar seperti pemasangan ventilator atau tindakan resusitasi. Studi internal rumah sakit tersebut mencatat adanya penurunan jumlah insiden medik sebesar 27% dalam enam bulan, serta peningkatan skor kepuasan kerja tim medis berdasarkan survei staf internal (Pratama & Widyaningsih, 2020). Studi ini menunjukkan bahwa komunikasi terstruktur dapat memperkuat koordinasi tim dan meningkatkan keselamatan pasien (Leonard et al, 2004).

3. Kasus 3 : Komunikasi Empatik di Klinik Primer

Komunikasi efektif juga sangat berperan dalam meningkatkan hubungan antara dokter dan pasien di layanan primer. Di sebuah klinik swasta, dilakukan pelatihan komunikasi empatik untuk dokter umum yang mencakup simulasi klinis, *role play*, dan umpan balik langsung dari pelatih komunikasi profesional. Setelah enam bulan, dilakukan evaluasi melalui survei kepuasan pasien dan audit rekaman konsultasi. Hasilnya menunjukkan adanya peningkatan 30% dalam skor kepuasan pasien terhadap kualitas komunikasi dokter. Pasien merasa lebih didengarkan, lebih memahami

diagnosis, dan lebih patuh terhadap rencana terapi(Wahyuni & Santosa, 2022). Hal ini membuktikan bahwa pelatihan komunikasi, bahkan dalam skala kecil, dapat memberikan dampak besar pada kualitas pelayanan kesehatan(Levinson et al, 2010).

Penutup

Komunikasi efektif merupakan tulang punggung pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada pasien. Keberhasilan suatu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana pesan disampaikan, diterima, dan dipahami antar semua elemen sistem kesehatan. Dengan memperkuat pelatihan komunikasi, menerapkan SOP komunikasi, memanfaatkan teknologi, serta melakukan evaluasi berkala, maka komunikasi dalam sistem pelayanan kesehatan akan semakin efektif.

Di tengah kompleksitas sistem kesehatan modern, kebutuhan akan komunikasi lintas profesi dan budaya menjadi sangat penting. Oleh karena itu, investasi dalam peningkatan keterampilan komunikasi merupakan kebutuhan strategis yang tidak bisa diabaikan oleh institusi pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Ambady, N., et al. (2002). *Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history*. *Surgery*, 132(1), 5–9.
- Baile, W. F., et al. (2000). *SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bainbridge, L., Nasmith, L., Orchard, C., & Wood, V. (2010). *Competencies for interprofessional collaboration*. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), 6–11.
- Barnlund, D. C. (2008). *A transactional model of communication*. In *Mortensen, C. D. (Ed.), Communication Theory (2nd ed.)*. Transaction Publishers.
- Berlo, D. K. (1960). *The Process of Communication*. Holt, Rinehart and Winston.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. NIH Publication No. 07-6225.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 355(3), 229–231. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058316>
- Gittel, J. H. (2009). *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. McGraw-Hill Education.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). *Doctor-patient communication: A review*. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43.
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). *SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167–175.
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). *Nonverbal behavior in clinician–patient interaction*. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21–37.

- Jenkinson, C., et al. (2002). *Patients experiences and satisfaction with health care*. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 335–339.
- Khezri, H., & Abdi, F. (2019). *The role of electronic health record in reducing communication errors: A systematic review*. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 158–164.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. *PLoS Med*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). *Communication in nursing practice*. *Mater Sociomed*, 26(1), 65–67. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Kruse, C. S., Kothman, K., Anerobi, K., & Abanaka, L. (2016). *Adoption factors of the electronic health record: A systematic review*. *JMIR Medical Informatics*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/medinform.5525>
- Kurtz, S. M., Silverman, J. D., & Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Publishing.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). *Developing physician communication skills for patient-centered care*. *Health Affairs*, 29(7), 1310–1318.
- Levinson, W., et al. (1997). *Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims*. *JAMA*, 277(7), 553–559.
- Makoul, G. (2001). *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393.
- McCabe, C., & Timmins, F. (2013). *Communication Skills for Nursing Practice*. Palgrave Macmillan.
- Muller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). *Impact of the communication and patient hand-off tool*

- SBAR on patient safety: A systematic review*. BMJ Open, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine, 67(12), 2072–2078.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). *Professional communication and team collaboration*. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). *Professional communication and team collaboration*. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043.
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., & Webb, G. (2014). *What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients*. Journal of Advanced Nursing, 70(6), 1344–1355. <https://doi.org/10.1111/jan.12296>
- O'Hair, H. D., Kreps, G. L., & Sparks, L. (2007). *Health communication in practice: A case study approach*. Routledge.
- Pratama, R. A., & Widyaningsih, D. A. (2020). *Penerapan Debriefing dan Briefing Harian dalam Meningkatkan Koordinasi Tim ICU*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 23(1), 45–53.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell.
- Schmid Mast, M., et al. (2005). *Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference*. Patient Education and Counseling, 61(3), 448–453.
- Shanafelt, T. D., et al. (2015). *Burnout and medical errors among American surgeons*. Annals of Surgery, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>

- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3rd ed.). CRC Press. hlm. 35–38.
- Suherman, A. (2020). *Buku Ajar Teori-Teori Komunikasi*. Deepublish Publisher.
- Sutanto, Y., & Ramadhani, A. (2021). *Evaluasi Kesalahan Komunikasi Klinis di Ruang Rawat Inap: Kajian terhadap Insiden Pasien*. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 17(2), 101–109.
- Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004). *Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps*. *Academic Medicine*, 79(2), 186–194. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>
- The Joint Commission. (2015). *Root Causes and Risk Factors of Sentinel Events*. Sentinel Event Data – Root Causes by Event Type.
- The Joint Commission. (2023). *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. Joint Commission Resources.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tuffrey-Wijne, I., & McEnhill, L. (2008). *Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care*. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(4), 189–194. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.4.28981>
- Ventres, W. B., & Frankel, R. M. (2010). *Patient-centered care and electronic health records: it's still about the relationship*. *Family Medicine*, 42(5), 364–366.
- Wahyuni, L. A., & Santosa, D. A. (2022). *Peningkatan Komunikasi Empatik Dokter Umum Melalui Pelatihan Komunikasi Efektif di*

Klinik Pratama. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia, 13(3), 210–219.

WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Communication During Patient Hand-Overs*. WHO Patient Safety Solutions. Retrieved from: <https://www.who.int>

PROFIL PENULIS



apt. Sri Wahyuningsih, M. Farm.

Penulis merupakan seorang Praktisi Apoteker di RS PKU Muhammadiyah Wonosobo dan Apotek Permata Hijau Farma, Penulis juga merupakan seorang Tenaga Kependidikan di SMK Purnama Wonosobo pada Kompetensi Keahlian Teknologi Farmasi dan menjadi Dosen tetap di STIKes Ibnu Sina Ajibarang pada Prodi D3 Anafarma dan S1 Farmasi. Penulis berhasil menyelesaikan studi S1 pada Program Studi Farmasi di Universitas Islam Indonesia pada tahun 2008 dan tahun 2010 menyelesaikan Program Profesi Apoteker di kampus yang sama. Pada akhir tahun 2010 sampai pada awal tahun 2012, Penulis pernah menjadi dosen Farmakologi di Universitas Sains Al Qur'an (UNSIQ) Wonosobo pada Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Kebidanan.

Pada tahun 2018, penulis menjadi konselor Tim Perawatan Dukungan dan Pengobatan (PDP) HIV RS PKU Muhammadiyah Wonosobo. Pada tahun 2021, Penulis menyelesaikan studi S2 pada Program Studi Ilmu Farmasi peminatan Manajemen Farmasi pada Universitas Setia Budi Surakarta. Penulis menjadi pengurus Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Wonosobo masa pengabdian 2023-2026 pada bidang Pengabdian Masyarakat. Penulis memiliki kepakaran di bidang Manajemen Kefarmasian dan Farmakoterapi. Penulis memiliki minat dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan Manajemen Farmasi, khususnya pada manajemen farmasi rumah sakit. Dengan dedikasinya sebagai seorang Praktisi dan Akademisi, Penulis telah mempublikasikan 5 karyanya berupa buku-buku Manajemen. Harapan Penulis, buku-bukunya bisa menjadi pemantik diskusi, pembelajaran, dan perbaikan berkelanjutan dalam praktik manajemen farmasi.

Email Penulis: jeieloecoe1985@gmail.com



BAB 9

PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN

Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.
UPT Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara



Transformasi Lanskap Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Era Modern

Pemasaran pelayanan kesehatan telah berevolusi dari sekadar praktik pasif menjadi disiplin ilmu strategis yang krusial bagi keberlangsungan dan pertumbuhan institusi kesehatan. Dalam satu dekade terakhir, sektor kesehatan global telah mengalami perubahan fundamental, didorong oleh kemajuan teknologi yang pesat, pergeseran demografi penduduk, peningkatan kesadaran konsumen akan kesehatan, serta tekanan regulasi dan biaya yang intensif (Deloitte, 2024). Dulunya, pemasaran di sektor ini sering kali dianggap tidak etis atau tidak relevan, mengingat sifat inherent pelayanan kesehatan yang humanis dan berfokus pada kesejahteraan pasien. Namun, pandangan ini telah bergeser secara radikal. Pemasaran pelayanan kesehatan kini diakui sebagai jembatan esensial yang menghubungkan penyedia layanan dengan kebutuhan, keinginan, dan preferensi pasien (Bhasin & Sharma, 2022). Ini bukan lagi tentang menjual jasa medis, melainkan tentang membangun kepercayaan, mengkomunikasikan nilai, dan menciptakan pengalaman pasien yang superior.

Pergeseran paradigma ini menuntut penyedia layanan kesehatan untuk mengadopsi pendekatan yang lebih berpusat pada pasien (*patient-centric*), di mana pemahaman mendalam tentang perjalanan pasien dan kebutuhan individual menjadi inti dari setiap strategi pemasaran. Tantangan yang dihadapi sangat kompleks: persaingan yang meningkat di pasar yang semakin padat, pasien yang lebih teredukasi dan memiliki akses informasi digital, serta kebutuhan untuk menyeimbangkan antara tujuan bisnis dan etika medis. Lingkungan digital, khususnya, telah mengubah secara fundamental cara pasien mencari informasi kesehatan, memilih penyedia layanan, dan berbagi pengalaman mereka (Gomez & Perez, 2018). Oleh karena itu, kemampuan untuk menavigasi ekosistem digital, memahami perilaku konsumen daring, dan menerapkan strategi pemasaran yang adaptif dan etis menjadi penentu keberhasilan. Tulisan ilmiah ini akan mengkaji secara mendalam berbagai aspek pemasaran pelayanan kesehatan, dengan fokus pada inovasi dan tren yang muncul dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, serta implikasinya bagi praktisi dan organisasi kesehatan di masa depan.

Pengukuran Kinerja, Etika, dan Arah Masa Depan Pemasaran Pelayanan Kesehatan

Evaluasi kinerja yang berkelanjutan dan komitmen terhadap praktik etis adalah esensial untuk kesuksesan jangka panjang dalam pemasaran pelayanan kesehatan.

1. Mengukur Keberhasilan Pemasaran Pelayanan Kesehatan

Untuk memastikan bahwa investasi pemasaran menghasilkan dampak yang signifikan, pengukuran kinerja yang akurat sangatlah penting. Metrik kunci yang harus dipantau meliputi:

- a. *Return on Investment* (ROI): Menilai efisiensi finansial kampanye pemasaran, mengukur keuntungan bersih yang dihasilkan dari setiap rupiah yang diinvestasikan. Ini dapat melibatkan analisis biaya akuisisi pasien versus pendapatan yang dihasilkan.
- b. Kepuasan Pasien dan Loyalitas: Diukur melalui survei kepuasan, *Net Promoter Score* (NPS), dan tingkat retensi pasien. Pasien yang puas cenderung menjadi pelanggan setia dan merekomendasikan layanan kepada orang lain, yang merupakan bentuk pemasaran *word-of-mouth* yang sangat berharga (Chandra & Singh, 2020).
- c. Metrik Digital: Meliputi *website traffic*, durasi kunjungan, *bounce rate*, *conversion rates* (misalnya, jumlah janji temu yang dijadwalkan dari website atau unduhan materi edukasi), jangkauan dan *engagement* media sosial, serta performa iklan digital. Alat analitik web (misalnya, *Google Analytics*) sangat vital di sini.
- d. Pertumbuhan Pasien dan Volume Layanan: Indikator langsung dari seberapa efektif pemasaran menarik pasien baru dan mendorong penggunaan layanan yang ada. Analisis data yang komprehensif dari metrik-metrik ini memungkinkan organisasi untuk mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan peluang perbaikan dalam strategi pemasaran mereka.

2. Etika dan Regulasi dalam Pemasaran Pelayanan Kesehatan

Sifat unik sektor kesehatan menuntut standar etika yang sangat tinggi dalam praktik pemasaran. Kepercayaan antara pasien dan

penyedia layanan adalah fondasi, dan setiap aktivitas pemasaran harus menjunjung tinggi prinsip ini. Beberapa pertimbangan etis dan regulasi meliputi:

- a. Privasi dan Keamanan Data Pasien: Kepatuhan terhadap regulasi privasi data yang ketat seperti HIPAA di Amerika Serikat atau GDPR di Eropa sangat penting. Ini mencakup perlindungan informasi kesehatan pribadi (PHI) dalam semua aktivitas pemasaran digital dan komunikasi (Johnson, 2019).
- b. Klaim yang Jujur dan Akurat: Semua pesan pemasaran harus didasarkan pada fakta, tanpa melebih-lebihkan atau memberikan janji palsu tentang hasil perawatan. Menyesatkan pasien, bahkan secara tidak sengaja, dapat merusak reputasi dan menimbulkan konsekuensi hukum.
- c. Transparansi Biaya: Meskipun menantang, transparansi mengenai biaya layanan dan opsi pembayaran menjadi semakin diharapkan oleh pasien. Ini membantu pasien membuat keputusan yang terinformasi dan membangun kepercayaan.
- d. Pemasaran yang Bertanggung Jawab: Menghindari eksploitasi ketakutan atau kerentanan pasien, serta tidak menargetkan segmen yang tidak etis. Semua konten harus menghormati martabat pasien dan kerahasiaan medis.

3. Tren dan Arah Masa Depan Pemasaran Pelayanan Kesehatan

Lanskap pemasaran pelayanan kesehatan akan terus berkembang, dipengaruhi oleh inovasi teknologi, perubahan preferensi pasien, dan tantangan kesehatan global. Beberapa tren utama yang akan membentuk masa depan meliputi:

- a. Fokus pada Kesehatan Holistik dan Preventif: Pemasaran akan semakin menekankan pada program *wellness*, pencegahan penyakit, dan manajemen kesehatan proaktif daripada hanya pengobatan reaktif (Lee, 2022). Ini mencerminkan pergeseran menuju model perawatan berbasis nilai.
- b. Pemasaran Pengalaman Pasien yang Semakin Personalisasi: Dengan bantuan AI dan data, pemasaran akan bergerak menuju personalisasi yang lebih dalam, menawarkan pengalaman yang sangat disesuaikan di setiap titik sentuh perjalanan pasien (Smith, 2023).

- c. Integrasi Teknologi Imersif: Penggunaan *Virtual Reality* (VR) dan *Augmented Reality* (AR) untuk edukasi pasien (misalnya, tur virtual fasilitas, simulasi prosedur medis) atau terapi digital akan menjadi lebih umum.
- d. Peran Konsumen yang Semakin Berdaya: Pasien akan terus menuntut lebih banyak transparansi, aksesibilitas, dan partisipasi dalam pengambilan keputusan kesehatan mereka. Pemasaran harus memberdayakan pasien dengan informasi dan alat yang mereka butuhkan.
- e. Kesehatan Terintegrasi dan Kolaboratif: Pemasaran akan menyoroti kemampuan penyedia layanan untuk bekerja sama dengan berbagai pihak (spesialis lain, apotek, perusahaan teknologi kesehatan) untuk menawarkan solusi kesehatan yang terkoordinasi dan komprehensif.
- f. Pemasaran Berbasis Komunitas dan Konten yang Autentik: Membangun komunitas di sekitar merek kesehatan, mendorong cerita pasien yang autentik, dan melibatkan pasien dalam percakapan akan menjadi kunci untuk membangun loyalitas dan advokasi.

Kesimpulannya, pemasaran pelayanan kesehatan telah bertransformasi menjadi fungsi strategis yang esensial. Dengan memahami dan beradaptasi terhadap perubahan digital, perilaku konsumen, dan tuntutan etika, organisasi kesehatan dapat membangun hubungan yang lebih kuat dengan pasien, meningkatkan aksesibilitas layanan, dan pada akhirnya, berkontribusi pada peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Kemampuan untuk berinovasi dan berpusat pada pasien akan menjadi penentu utama keberhasilan di masa depan.

Daftar Pustaka

- Bhasin, K., & Sharma, R. (2022). Digital transformation in healthcare marketing: A strategic approach. HealthTech Publishers.
- Brown, D., & Green, E. (2017). Telemedicine adoption and marketing in rural areas. *Rural Health Perspectives*, 5(1), 45-58.
- Chandra, P., & Singh, A. (2020). Patient experience as a marketing differentiator in healthcare. *Journal of Health Management*, 22(1), 77-89.
- Deloitte. (2024). 2024 global health care outlook: Shaping the future of health. Diakses dari <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/global-health-care-sector-outlook.html>.
- Gomez, M., & Perez, L. (2018). The role of social media in building patient trust and engagement. *International Journal of Medical Marketing*, 18(3), 205-218.
- Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). (2021). The impact of telehealth on patient access and satisfaction.
- Johnson, R. L. (2019). Ethical considerations in marketing precision medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 28(3), 398-409.
- Lee, S. H., & Kim, Y. J. (2017). Predictive analytics for personalized healthcare marketing. *Journal of Medical Systems*, 41(10), 1-8.
- Lee, M. (2022). The future of healthcare: Integrating technology and patient-centric care. Future Health Books.
- Martinez, F., & Garcia, R. (2016). Social media engagement for health promotion. *Health Education & Behavior*, 43(4), 450-459.
- Nguyen, T., & Kim, S. (2020). Understanding patient segmentation in chronic disease management. *Journal of Chronic Illness Management*, 8(3), 201-215.
- Patel, A. (2019, March 15). The evolving role of chatbots in healthcare marketing. *Digital Health Today*.

- Patel, V. (2023, April 10). Price transparency in healthcare: A growing imperative. Health Economics Insights.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2016). Redefining health care: Creating value-based outcomes for patients. Harvard Business School Press.
- Smith, P. (2023). The patient journey: A guide to enhancing healthcare experiences. Health Systems Innovations.

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. Saat ini penulis bekerja sebagai tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku di UPT Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara Provinsi Nusa Tenggara Timur. Penulis memiliki minat dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi pada remaja, kesehatan ibu dan kesehatan anak. Penulis masih terus mengasah kemampuan dalam menulis agar kedepannya dapat lebih baik lagi.

Email Penulis: ramekana@gmail.com



BAB 10

PELAYANAN

KESEHATAN PRIMER

Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.
UPT Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara



PKP berperan penting dalam mewujudkan kesehatan yang merata dan berkelanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat, terutama di daerah seperti Kupang, Nusa Tenggara Timur, di mana akses dan pemerataan layanan masih menjadi tantangan signifikan (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2024). Penguatan PKP bukan hanya sebuah keharusan medis, tetapi juga investasi sosial-ekonomi yang krusial untuk pembangunan nasional.

Konsep dan Prinsip Dasar Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan Kesehatan Primer (PKP) bukanlah sekadar tingkat pelayanan paling dasar, melainkan sebuah pendekatan komprehensif terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berpusat pada kebutuhan individu dan komunitas (Starfield & Shi, 2004; disitasi ulang oleh Kruk et al., 2018). Deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 menjadi tonggak sejarah yang mengukuhkan PKP sebagai kunci untuk mencapai "kesehatan untuk semua". Prinsip-prinsip utama PKP yang relevan hingga saat ini meliputi:

1. Aksesibilitas dan Ekuitas

PKP harus mudah dijangkau oleh semua orang, tanpa memandang lokasi geografis, status sosial ekonomi, atau latar belakang budaya (WHO, 2021). Ini berarti layanan harus tersedia secara fisik, finansial, dan budaya. Di daerah seperti Kupang, ini berarti memastikan adanya Puskesmas atau Puskesmas Pembantu (Pustu) yang fungsional di setiap kecamatan atau desa terpencil, dengan biaya yang terjangkau atau bahkan gratis bagi yang membutuhkan.

2. Partisipasi Masyarakat

PKP mengedepankan keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan mereka sendiri (WHO & UNICEF, 2018). Hal ini memastikan bahwa intervensi kesehatan relevan dengan kebutuhan lokal dan menciptakan rasa kepemilikan. Contohnya, melalui peran kader kesehatan di Posyandu di Kupang, yang merupakan wujud partisipasi masyarakat dalam pemantauan kesehatan ibu dan anak.

3. Fokus pada Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Berbeda dengan model kuratif yang menunggu orang sakit, PKP secara proaktif mendorong gaya hidup sehat dan mencegah

Prospek Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia: Studi Kasus Kupang, NTT

Indonesia telah berkomitmen pada penguatan Pelayanan Kesehatan Primer sebagai tulang punggung sistem kesehatan, terutama dengan kebijakan transformasi kesehatan yang sedang berjalan (Kementerian Kesehatan RI, 2023a). Wilayah seperti Kupang, Nusa Tenggara Timur (NTT), merepresentasikan kompleksitas dan potensi dalam implementasi penguatan PKP.

Kupang, sebagai ibu kota provinsi kepulauan, menghadapi tantangan unik seperti karakteristik geografis yang terfragmentasi, aksesibilitas yang sulit ke pulau-pulau terpencil, serta prevalensi stunting dan gizi buruk yang masih menjadi perhatian (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2024). Namun, di sisi lain, Kupang memiliki potensi besar melalui semangat gotong royong masyarakat dan komitmen pemerintah daerah untuk meningkatkan kesehatan.

Prospek Penguatan PKP di Kupang:

1. Pemanfaatan Teknologi Tepat Guna

Penerapan telemedisin dan aplikasi kesehatan digital dapat menjembatani kesenjangan geografis di NTT. Konsultasi jarak jauh untuk warga di pulau-pulau kecil atau daerah pegunungan dapat meningkatkan akses ke tenaga medis dan spesialis yang terbatas (Oh et al., 2021). Puskesmas di Kupang dapat menjadi hub telemedisin.

2. Penguatan Jaringan Puskesmas dan Jaringan

Pembangunan dan revitalisasi Pustu dan Poskesdes di wilayah pelosok Kupang sangat krusial. Ini harus dibarengi dengan penyediaan air bersih dan listrik yang memadai untuk mendukung operasional layanan (Bappenas, 2020).

3. Pemberdayaan Kader Kesehatan dan Masyarakat

Mengingat kuatnya tradisi kekeluargaan di NTT, penguatan peran kader kesehatan Posyandu dan Posbindu menjadi sangat vital. Pelatihan dan dukungan berkelanjutan bagi mereka akan meningkatkan kapasitas masyarakat dalam deteksi dini, edukasi gizi (untuk mengatasi stunting), dan promosi sanitasi (UNICEF, 2023).

4. Kolaborasi Lintas Sektor untuk Determinan Sosial

Menanggulangi masalah stunting dan sanitasi di Kupang memerlukan kerja sama erat antara Dinas Kesehatan dengan Dinas Pendidikan, Dinas Pekerjaan Umum (untuk air bersih dan sanitasi), dan Dinas Pertanian (untuk ketahanan pangan lokal). PKP akan menjadi koordinator utama di tingkat lapangan (Marmot, 2015; disitasi ulang oleh Braveman & Gottlieb, 2014).

5. Pengembangan Kapasitas Tenaga Kesehatan Lokal

Pemerintah daerah perlu berinvestasi dalam pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan lokal. Memberikan beasiswa bagi putra-putri daerah untuk menempuh pendidikan di bidang kesehatan dan mengikat mereka untuk kembali melayani di daerah asalnya dapat mengatasi masalah distribusi tenaga.

Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer di Kupang, dan di seluruh Indonesia, adalah perjalanan yang panjang namun sangat penting. Dengan komitmen kuat, inovasi, dan partisipasi aktif dari seluruh pihak, PKP akan terus menjadi motor penggerak untuk mencapai masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.

Daftar Pustaka

- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19–31.
- Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global shortage of health workers in the future. *Lancet*, 384(9952), 1626–1627.
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT. (2024). *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2023*. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- Frenk, J., & Chen, L. (2020). The global health workforce: Crisis or opportunity? *The Lancet Global Health*, 8(1), e1–e2.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Horton, S., Kruk, P. A., & Saxenian, H. (2013). Global health 2035: A world converging in a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898–1953.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023a). *Transformasi Sistem Kesehatan: Pilar 1 Layanan Primer*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023b). *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, G., Jordan, K., Leslie, H. H., & Roder-DeWan, S. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Impressive gains and an urgent agenda. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1211.
- Macinko, J., Starfield, B., & Erinosho, T. (2017). The quality of primary care as a determinant of child health: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 32(suppl_2), ii38–ii48.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care*. The National Academies Press.

- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Oh, K. M., Reaves, R. R., & Sisk, R. B. (2021). The role of digital health education in promoting child and adolescent health. *Health Education & Behavior*, 48(3), 291-299.
- Ozawa, S., & Mirelman, A. (2018). Digital health technologies in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 126(1), 77–88.
- Sugiharto, S., Putra, E., & Handayani, F. (2021). Literasi Kesehatan dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Primer di Masyarakat Perkotaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 15(2), 167-175.
- UNDP. (2021). *Human Development Report 2021/2022: Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World*. United Nations Development Programme.
- UNICEF. (2023). *The State of the World's Children 2023: For every child, vaccine equity*. United Nations Children's Fund.
- WHO. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*. World Health Organization.
- WHO. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization.
- WHO. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 Monitoring Report*. World Health Organization.
- WHO. (2020). *Strengthening primary health care for universal health coverage during the COVID-19 pandemic: An urgent call to action*. World Health Organization.
- WHO. (2021). *Primary health care: The foundation of universal health coverage*. World Health Organization.
- WHO. (2023). *Global Digital Health Strategy 2020-2025*. World Health Organization.
- WHO & UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: A joint declaration on primary health care from the Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan*. World Health Organization.

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. Saat ini penulis bekerja sebagai tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku di UPT Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara Provinsi Nusa Tenggara Timur. Penulis memiliki minat dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi pada remaja, kesehatan ibu dan kesehatan anak. Penulis masih terus mengasah kemampuan dalam menulis agar kedepannya dapat lebih baik lagi.

Email Penulis: ramekana@gmail.com



BAB 11

PELAYANAN

KESEHATAN RUJUKAN

apt. Tatik Handayani, S.Si., M.Kes.
Akafarma Sunan Giri Ponorogo



Pelayanan kesehatan berjenjang merupakan landasan penting dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang berfungsi sebagai mekanisme pengendalian mutu dan pembiayaan (BPJS Kesehatan, 2020). Sistem ini tidak hanya administratif, tetapi juga strategi pengelolaan pasien yang mengoptimalkan akses dan kesinambungan pelayanan kesehatan.

Melalui sistem ini, peserta JKN diarahkan untuk memulai pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), yang berperan sebagai gatekeeper (Kemenkes RI, 2021). Pendekatan ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi dan mencegah pemborosan layanan spesialis. Dalam bab ini, akan dibahas secara komprehensif dasar konsep, struktur tingkatan pelayanan, jenis rujukan, mekanisme operasional, serta strategi penguatan sistem rujukan di Indonesia.

Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Berjenjang

Sistem pelayanan kesehatan berjenjang dirancang dengan prinsip efisiensi dan kesinambungan. Efisiensi mengacu pada pengelolaan dana yang optimal dan meminimalkan pemborosan, sementara kesinambungan berkaitan dengan kemampuan program untuk terus beroperasi dan memberikan layanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh peserta dalam jangka panjang.

Secara terperinci efisiensi pelayanan kesehatan meliputi pengelolaan dana, peningkatan kinerja, dan pemanfaatan teknologi. Pengelolaan dana ini memberikan wewenang kepada BPJS Kesehatan untuk mengelola iuran peserta dan dana pemerintah secara efisien agar tidak terjadi defisit dan mampu membiayai klaim pelayanan kesehatan. Sedangkan peningkatan kinerja juga berkaitan dengan kinerja internal BPJS Kesehatan termasuk dalam hal pelayanan administrasi, klaim, dan hubungan dengan fasilitas kesehatan.

Pemanfaatan teknologi merupakan penggunaan teknologi seperti blockchain dan aplikasi Mobile JKN dapat membantu menekan fraud, meningkatkan transparansi, dan mempercepat proses klaim. Berkesinambungan program JKN sangat bergantung pada ketersediaan dana yang cukup. BPJS Kesehatan perlu mencari sumber pembiayaan alternatif dan memastikan iuran peserta yang stabil. Pendanaan ini akan meningkat apabila peserta aktif bertambah.

data pasien, surat rujukan, dan konfirmasi tempat tidur dilakukan secara real-time antar fasilitas kesehatan (Astrie *et al.*, 2021). Hal ini mempersingkat waktu tunggu pasien dan menghindari rujukan yang berulang karena penolakan rumah sakit.

Selain SISRUTE, beberapa daerah mulai mengembangkan aplikasi lokal yang terintegrasi dengan BPJS Kesehatan dan sistem rekam medis elektronik (EMR). Teknologi ini juga berfungsi sebagai alat monitoring Dinas Kesehatan dalam mengevaluasi pola rujukan, jumlah kasus rujukan, serta penyerapan pelayanan rujuk balik. Tantangan yang masih dihadapi adalah keterbatasan akses internet, kapasitas sumber daya manusia di daerah, serta keragaman sistem informasi antar faskes yang belum terstandar nasional.

Implementasi teknologi dalam sistem rujukan memerlukan regulasi yang adaptif, pelatihan SDM secara berkala, dan sistem insentif bagi fasilitas yang aktif menggunakan sistem digital. Jika ketiganya terpenuhi, maka transformasi pelayanan rujukan akan lebih cepat tercapai (Khairani *et al.*, 2024).

Evaluasi dan Indikator Kinerja Sistem Rujukan

Evaluasi sistem rujukan harus dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa tujuan utama, yakni pelayanan berjenjang yang efisien dan efektif, benar-benar tercapai. Beberapa indikator kinerja utama (IKU) dalam sistem rujukan mencakup:

1. Rasio rujukan non-indikasi (rujukan tanpa alasan medis kuat)
2. Jumlah rujuk balik yang terealisasi
3. Rata-rata waktu tunggu layanan spesialis
4. Persentase rumah sakit yang menerima rujukan melalui SISRUTE
5. Jumlah pasien yang langsung ke FKRTL tanpa melalui FKTP

Menurut BPJS Kesehatan (2020), angka rujukan yang tinggi belum tentu menunjukkan sistem yang buruk, tetapi perlu dikaji penyebabnya, apakah karena kekurangan fasilitas di FKTP atau justru karena rujukan tidak tepat. Evaluasi rutin akan membantu merumuskan kebijakan pembinaan yang lebih terarah serta alokasi sumber daya yang tepat.

Dinas Kesehatan dan BPJS dapat melakukan evaluasi triwulan dengan menggunakan dashboard digital, yang tidak hanya mencatat jumlah, tetapi juga menganalisis tren serta keterkaitan dengan faktor lain seperti kepadatan penduduk, distribusi dokter, dan kondisi geografis.

Perspektif Etika dalam Rujukan Berjenjang

Pelayanan kesehatan berjenjang bukan hanya persoalan teknis dan administratif, tetapi juga menyangkut nilai-nilai etika profesi dan keadilan layanan. Setiap tenaga kesehatan yang melakukan rujukan harus mengedepankan prinsip *beneficence* dan *non-maleficence*, yaitu mengutamakan kebaikan pasien dan menghindari bahaya. Rujukan seharusnya tidak dilakukan atas dasar tekanan sosial, permintaan keluarga, atau motivasi eksternal yang tidak sesuai dengan standar klinis.

Selain itu, prinsip keadilan (*justice*) mengharuskan sistem rujukan digunakan secara adil oleh semua golongan masyarakat. Tidak boleh terjadi diskriminasi berdasarkan status sosial, domisili, atau pengetahuan administratif. Di sinilah pentingnya transparansi prosedur dan komunikasi yang jelas antara faskes dan pasien.

Tenaga medis juga memiliki tanggung jawab moral untuk menjelaskan alasan rujukan, apa yang akan dilakukan di faskes lanjutan, dan bagaimana proses rujuk balik akan dijalankan. Jika dimaknai secara utuh, maka sistem rujukan dapat menjadi ruang praktik etika profesional secara nyata

Daftar Pustaka

- Astrie, Z., Nurmiati, N., & Samsualam. (2021). Implementasi Sistem Rujukan *Terintegrasi* (SISRUTE) di RSUD Labuang Baji Kota Makassar. *JMHC*, 2(2), 98–103.
- BPJS Kesehatan. (2020). Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang. BPJS Kesehatan.
- Implementasi EMR System in Indonesian Health Facilities: Benefits and Constraints. (2024). arXiv preprint.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Rujukan. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Khairani, K., Sagala, S. S., Hasibuan, Y. N. P., & Gurning, F. P. (2024). Implementasi Program Rujukan Berjenjang pada Skema JKN di Puskesmas Darussalam Kota Medan. *JKPI*, 8(2).
- Purba, M. R., Hasibuan, R., & Astuty, D. A. (2025). Analisis Pelaksanaan Rujukan Pasien Peserta JKN di Puskesmas Bahorok. *HIJP*, 17(2), 162–174
- Putri, A. A. N. (2025). Implementasi Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan pada FKTP di Indonesia. Universitas Indonesia.

PROFIL PENULIS



apt. Tatik Handayani, S.Si., M.Kes.

Penulis adalah seorang apoteker sekaligus dosen tetap di kampus Akafarma Sunan Giri Ponorogo sejak tahun 1998. Ketertarikan penulis terhadap dunia farmasi diawali dengan menjadi mahasiswi farmasi di Universitas Airlangga Surabaya, hingga lulus pendidikan profesi di tempat yang sama pada tahun 1997. Berselang tiga belas tahun, penulis melanjutkan pendidikan magister di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta dengan mengambil jurusan Ilmu Kedokteran Keluarga. Meski menempuh jurusan pada jenjang sarjana dan magister yang berbeda, tak mengurangi ketertarikan penulis terhadap dunia farmasi. Sebagaimana poin dalam *Nine Stars of Pharmacist*, penulis sadar ilmu pengetahuan maupun teknologi dalam bidang kesehatan akan terus berkembang, sehingga penulis memiliki semangat belajar sepanjang waktu agar senantiasa optimal dalam menjalankan pelayanan kefarmasian. Penulis sebagai seorang pendidik, turut aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat untuk mewujudkan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Di tahun 2015, penulis berhasil lulus sertifikasi dosen. Semoga dengan karya ini semakin menambah semangat penulis untuk terus berbagi dan bertukar ilmu, agar kelak dapat semakin bermanfaat untuk banyak orang.

Email Penulis: tatik.akafarma@gmail.com



BAB 12

PELAYANAN

KESEHATAN IBU DAN

ANAK

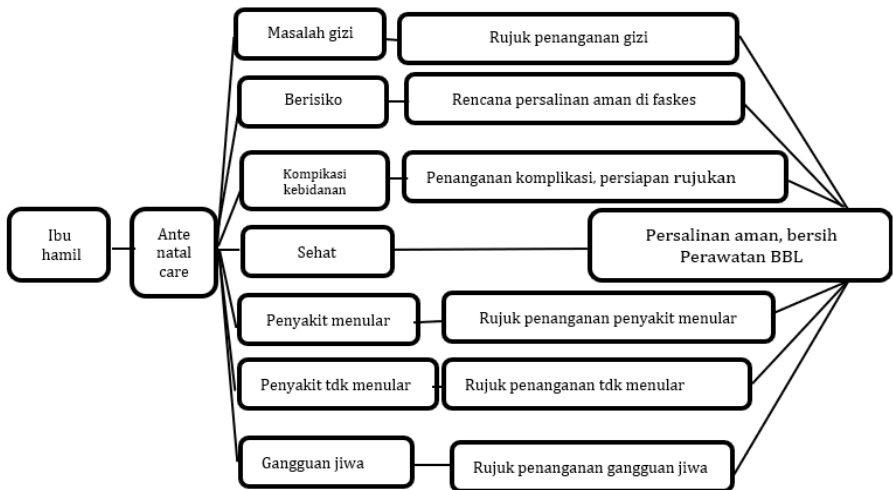
Suriana, S.ST., M.Keb.
Universitas Kurnia Jaya Persada



Pemeriksaan Kehamilan

1. Pelayanan Antenatal

Serangkaian kegiatan diberikan pada ibu hamil secara komprehensif (sejak masa konsepsi hingga sebelum proses persalinan) dengan tujuan semua ibu hamil sehat dan melahirkan bayi berkualitas (Kementerian Kesehatan, 2020).



Gambar 12.1 : Kerangka Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu

Sumber : (Kementerian Kesehatan, 2020).

Selama kehamilan pemeriksaan dilakukan oleh dokter (TM 1 dan TM III) dan tenaga kesehatan lainnya yang jumlahnya minimal enam kali yaitu :

- Trimester I (sejak kehamilan-12 mg) 2x.
- Trimester II (UK di atas 12 mg – 24 mg) 1x.
- Trimester III (UK di atas 24 mg – 40 mg) 3x (Kementerian Kesehatan, 2020).

2. Standar Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal meliputi 10 pelayanan/pemeriksaan yaitu

- Berat badan (minimal naik 9 kg/1kg setiap bulan) dan tinggi badan untuk menilai status gizi.

Deteksi Dini Tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran tubuh seperti tinggi badan, berat badan. Sedangkan perkembangan ialah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih teratur sebagai hasil dari pematangan seperti merangkak, berjalan. Dalam perkembangan ada 4 hal penilaian yaitu kepribadian (sosialisasi / berinteraksi dengan lingkungan), motorik halus (menggambar, mengambil), motorik kasar (berjalan, berlari) dan bahasa (Rohmawati et al., 2016; Yulizawati, 2022).

2. Kebutuhan Dasar Anak

- a. Kebutuhan fisik-biomedis ("ASUH").
Meliputi pemenuhan gizi, perawatan Kesehatan dasar seperti pemberian imunisasi dan ASI eksklusif.
- b. Kebutuhan emosi/kasih sayang ("ASIH")
Kasih sayang dari keluarga memberikan kepercayaan dasar yang membantu tumbuh kembang yang seimbang dengan fisik, mental/psikososial.
- c. Kebutuhan akan stimulasi mental ("ASAH")
Stimulasi mental akan memberikan perkembangan kecerdasan, kemandirian, kreativitas, kepribadian dan sebagainya. Kebutuhan ASAH, ASIH, ASUH anak yang terpenuhi akan mempengaruhi tumbuh kembang yang optimal sesuai usianya (Rohmawati et al., 2016; Sutini et al., 2024).

3. Deteksi Dini Pertumbuhan Dan Perkembangan

Deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan anak perlu dilakukan sehingga penyimpangan dapat diketahui dan segera diberikan intervensi. Pelayanan ini sangat perlu dilakukan karena berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

- a. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan
 - 1) Gangguan status gizi anak
Status gizi anak dapat diketahui melalui perhitungan rumus Z-Score dari standar baku antropometri WHO-NCHS dengan menggunakan BB/TB.

2) Mikro / makrosefali

b. Deteksi dini penyimpangan perkembangan

Instrumen yang digunakan untuk menilai perkembangan ada 2 jenis yaitu Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dan *Denver Development Screening Test* (DDST II).

KPSP merupakan pemeriksaan perkembangan anak mulai 0-72 bulan untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Instrumen ini berupa 9-10 pertanyaan yang meliputi aspek perkembangan (motorik kasar, motorik halus, kemandirian dan sosialisasi serta Bahasa untuk menilai perkembangan yang telah dicapai sesuai usianya. Adapun hasil dari pemeriksaan ada 3 kategori yaitu perkembangan anak sesuai dengan perkembangannya (jawaban ya 9/10) , perkembangan anak meragukan (jawaban ya 7/8) dan perkembangan anak kemungkinan ada penyimpangan (jawaban ya 6 atau kurang) (Rohmawati et al., 2016; Suriana et al., 2020).

Daftar Pustaka

- Ayu Sriatmi, M. S. P. (n.d.). *IMUNISASI RUTIN LENGKAP*.
- Diki Retno Yuliani, R. A. (2021). *Modul Kelas Persiapan Perawatan Bayi Sehari-Hari*.
- Kemenkes. (2014). *Buku Ajar Imunisasi*.
<http://www.pdpersi.co.id/pusdiknakes/>
- Kemenkes. (2021). *PEDOMAN PELAYANAN KONTRASEPSI DAN KELUARGA BERENCANA*.
- Kemenkes. (2024). *BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK*.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Panduan Pelayanan Pasca Persalinan bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir*.
- Kementerian Kesehatan. (2020a). *BUKU KIA KESEHATAN IBU DAN ANAK*.
- Kementerian Kesehatan. (2020b). *PEDOMAN PELAYANAN ANTENATAL TERPADU*.
- Rohmawati, I., Si, S. T., & Kes, M. (2016). *PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK BALITA*.
- Suriana, Muliana, Nuraeni, Ahmad, M., Syarif, S., As'ad, S., Arifudin, S., & Usman, A. N. (2020). Early detection development of children age 0–2 years based on application sisfor_bidanku. *Enfermería Clínica*, 30, 609–611.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.172>
- Sutini, T., Apriliawati, A., Aprilia, M., Ra, A., Khoir, J., Rompong, J. K., Masjid, J., & 16, N. (2024). *BUKU PANDUAN SKRINING PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BERBASIS APLIKASI KPSP-PRO PADA ANAK USIA PRASEKOLAH DI RAUDHATUL ATHFAL JAMIATUL KHOIR*. <http://fikumj.ac.id>
- Yulizawati, R. A. (2022). *PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BAYI DAN BALITA*.

PROFIL PENULIS



Suriana, S.ST., M.Keb.

Penulis dilahirkan di Kalosi pada tanggal 08 Juli 1992 sebagai anak ke-2 dari dua bersaudara dari pasangan H. Hamid dan Hj. Sedang. Saat ini penulis bertempat tinggal di Tanrutedong Sidenreng Rappang Sulawesi Selatan. Penulis mulai menempuh pendidikan 1998–2004 SD Negeri 6 Tanrutedong, 2004–2007 SMP Negeri 1 Dua

Pitue, 2007–2010 SMK Kesehatan Bahari Pare-pare, 2010–2013 D-III Kebidanan Universitas Muslim Indonesia, 2014–2015 D-IV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar, 2017–2019 Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis bekerja dalam pelayanan kesehatan yaitu seorang Bidan pada Rumah Sakit UIT Makassar 2015– 2019. Selanjutnya, mulai 2020 sebagai tenaga pengajar. Tenaga pengajar pada Universitas Kurnia Jaya Persada. Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi profesi yaitu Ikatan Bidan Indonesia, kegiatan keagamaan yang ada di masyarakat (Badan Kontak Majelis Taklim), sebagai penulis buku dengan harapan dapat memberikan sumbangsih dalam dunia pendidikan untuk kemajuan bangsa dan negara.

Email Penulis: Suriana759@gmail.com



BAB 13

PELAYANAN

KESEHATAN LANJUT

USIA (LANSIA)

Nadiya Fatimah Perdana, S.Tr.Keb., M.Keb.



Definisi Lansia

Lansia merupakan individu yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Penuaan bukan termasuk penyakit, melainkan proses alami yang berlangsung secara perlahan dan menyebabkan perubahan kumulatif pada tubuh. Proses ini ditandai oleh penurunan kemampuan tubuh dalam menghadapi berbagai rangsangan, baik dari dalam maupun luar. Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 menyebutkan bahwa pembangunan nasional yang berlandaskan Pancasila dan UUD 1945 bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur. Hasil pembangunan tersebut meningkatkan kualitas hidup masyarakat, termasuk usia harapan hidup yang semakin panjang, sehingga jumlah lansia terus bertambah. Banyak lansia masih memiliki produktivitas tinggi serta mampu berperan aktif dalam kehidupan sosial, kebangsaan, dan kenegaraan. Peningkatan kesejahteraan sosial bagi lansia mencerminkan pelestarian nilai keagamaan dan budaya bangsa. Penuaan merupakan suatu fase yang melekat dalam perjalanan hidup manusia (Nugroho, 2011).

Lansia juga dapat dimaknai sebagai kondisi menurunnya kapasitas jaringan tubuh dalam melakukan perbaikan, mempertahankan struktur, serta menjalankan fungsi normal. Penurunan ini menyebabkan tubuh semakin rentan terhadap berbagai bentuk jejas atau kerusakan (Darmojo, 2015).

Proses penuaan merupakan bagian dari siklus kehidupan yang ditandai dengan penurunan bertahap fungsi berbagai organ tubuh. Penurunan ini membuat tubuh semakin rentan terhadap penyakit, termasuk gangguan pada sistem kardiovaskular, pernapasan, pencernaan, endokrin, dan sistem tubuh lainnya. Kondisi tersebut terjadi akibat pertambahan usia yang memicu perubahan struktur dan fungsi sel, jaringan, serta organ. Dampaknya meluas pada penurunan kondisi fisik dan psikologis, yang kemudian turut memengaruhi aspek ekonomi dan sosial lansia. Penurunan ini secara menyeluruh dapat mengganggu kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas harian (*activity of daily living*) (Fatimah, 2010).

Batasan Usia dan Ciri-ciri Lansia

Batasan usia lanjut diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok. Usia pertengahan (*middle age*) berada pada rentang 45–54 tahun, usia

- c. Terapi fisik dan okupasi
- d. Konseling serta dukungan mental
- e. Penyuluhan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit

4. Panti Jompo

Panti jompo dapat memberikan layanan geriatri yang mencakup perawatan harian, penatalaksanaan penyakit kronis, serta aktivitas sosial guna menunjang kualitas hidup para lansia. Selain itu, panti jompo juga berfungsi sebagai tempat rehabilitasi dan perawatan jangka panjang. Kunjungan ke panti jompo dilakukan setidaknya satu kali setiap bulan. Kegiatan yang biasanya dilakukan selama kunjungan meliputi:

- a. Edukasi dan penyuluhan tentang kesehatan
- b. Senam atau latihan fisik ringan
- c. Pemeriksaan kesehatan untuk mendeteksi penyakit secara dini
- d. Pemeriksaan laboratorium sederhana
- e. Pemberian pengobatan
- f. Konseling
- g. Rujukan ke fasilitas kesehatan lain bila terdapat lansia yang memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kemampuan Puskesmas

5. Rumah (Perawatan di Rumah)

Pelayanan geriatri juga bisa diberikan langsung di kediaman lansia melalui program perawatan di rumah (*home care*). Layanan ini mencakup perawatan medis, pengelolaan penyakit kronis, serta bantuan dalam aktivitas harian guna menunjang kualitas hidup lansia. Program asuhan keperawatan lansia di rumah ditujukan bagi mereka yang secara fungsional tidak mampu mandiri, namun tidak memerlukan perawatan di rumah sakit dan menghadapi kendala untuk berobat jalan ke Puskesmas.

Adapun tujuan dari program ini antara lain:

- a. Mengurangi keluhan, gejala, atau respons klien terhadap penyakit.
- b. Menjaga dan meningkatkan kemampuan serta kemandirian klien dalam menjalankan fungsi sehari-hari.

- c. Memberikan arahan dan pendampingan dalam pengelolaan perawatan lansia di rumah.
- d. Membantu pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan aktivitas harian.
- e. Mengidentifikasi potensi risiko keselamatan dan keamanan lingkungan serta memberikan dukungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar.
- f. Menemukan dan memanfaatkan sumber daya masyarakat yang relevan untuk membantu kebutuhan pasien dan keluarga.
- g. Mengoordinasikan layanan yang dibutuhkan oleh klien secara terpadu.
- h. Mendorong keluarga agar lebih mandiri dalam menjaga kesehatan anggota keluarganya.

Daftar Pustaka

- Darmojo, B. (2015) Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). 6th edn. Jakarta: UI Publishing.
- Fatimah, S.K. (2010) Merawat Manusia Lanjut Usia: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Gerontik. Jakarta: Trans Info Media.
- Kemenkes RI (2016) 'Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015', in. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Meiner, S.E. (2019) Gerontologic Nursing. 5th edn. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Nugroho, W. (2011) Keperawatan Gerontik. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Reuben, D.B. et al. (2017) Comprehensive Geriatric Assessment In Hazzard's Geriatric MedicineAand Gerontology. 7th edn. Amerika: McGraw-Hill Education.
- Rodriguez, R. and Leipzig, R.M. (2019) The Geriatric Assessment: An Overview. In Principles and Practice of Geriatric Medicine. 6th edn. Wiley-Blackwell.
- Safitri, N. (2018) 'Masalah Kesehatan Pada Lansia'. Available at: www.yankes,kemenkes.go.id.
- Setiati, S. (2013) 'Geriatric Medicine, Sarkopenia, Frailty, dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian dan Pelayanan Kedokteran di Indonesia', eJKI, 1(3), pp. 234–242. Available at: <https://doi.org/doi.org/10.23886/ejki.1.3008>.
- Sinclair, A.J. et al. (2022) Pathy's Principles and Practice Of Geriatric Medicine. 6th edn. USA: John Wiley & Sons Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1002/9781119484288>.
- World Health Organization (WHO) (2016) 'Tentang Populasi Lansia'.

PROFIL PENULIS



Nadiya Fatimah Perdana, S.Tr.Keb., M.Keb.

Penulis Lahir di Kota Surabaya, penulis mendalami ilmu kesehatan dengan Pendidikan ke D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Mitra Sehat Sidoarjo berijazah pada tahun 2017. Di tahun yang sama melanjutkan D-IV Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hafsyawaty Zainul

Hasan Probolinggo berijazah pada tahun 2018. Kemudian penulis bekerja Selama 2 tahun setelah itu pandemi dan melanjutkan kuliah Magister di Sekolah Tinggi ilmu kesehatan Guna Bangsa Yogyakarta berijazah tahun 2023 Sekarang penulis menunggu wisuda Profesi Bidan di Universitas Strada Indonesia yang insaAllah berijazah 2025.

Email Penulis: nadin.kudo@gmail.com



BAB 14

PENGEMBANGAN

PROGRAM KESEHATAN

BERBASIS *COMMUNITY*

DEVELOPMENT

Ayu Mardian, S.KM., M.Kes.
Poltekkes Kemenkes Padang



kesempatan untuk mengontrol kondisi kesehatan mereka sendiri. Dengan demikian, program kesehatan berbasis pemberdayaan tidak hanya menasar perubahan perilaku individu, tetapi juga mendorong transformasi struktur sosial yang menjadi akar masalah kesehatan.

Pendekatan *community development* dalam kesehatan telah banyak diadopsi dalam berbagai konteks, baik di negara berkembang maupun maju. Keberhasilannya banyak ditentukan oleh sejauh mana program mampu mengintegrasikan perspektif lokal, memperkuat kapasitas komunitas, dan menciptakan sinergi dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, organisasi masyarakat sipil, dan sektor swasta.

Meskipun memiliki banyak potensi, pendekatan ini tidak lepas dari tantangan. Salah satu tantangan utama adalah bagaimana memastikan keberlanjutan program ketika dukungan eksternal berkurang. Selain itu, diperlukan waktu, kesabaran, dan keahlian fasilitasi yang memadai agar proses pemberdayaan tidak berujung pada konflik atau ketimpangan baru di dalam komunitas.

Tujuan penulisan chapter ini adalah untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai prinsip-prinsip dasar, pendekatan implementasi, serta tantangan dan strategi yang dapat diterapkan dalam pengembangan program kesehatan berbasis *community development*. Diharapkan, pembaca memperoleh gambaran yang utuh mengenai bagaimana pendekatan ini dapat diadaptasi dan diimplementasikan secara efektif di berbagai setting komunitas.

Kerangka Konseptual *Community Development* dalam Program Kesehatan

Community development adalah proses sosial yang memungkinkan masyarakat untuk mengembangkan kapasitas kolektif dalam menghadapi berbagai tantangan, termasuk isu-isu kesehatan. Proses ini bertumpu pada kolaborasi antarwarga dan lembaga lokal untuk mengidentifikasi masalah, merancang solusi, serta mengimplementasikan perubahan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup. Dalam konteks kesehatan masyarakat, *community*

komunitas itu sendiri. Hal ini membuktikan bahwa solusi yang berasal dari dalam komunitas sering kali lebih efektif daripada intervensi yang bersifat *top-down*.

Evaluasi yang partisipatif merupakan salah satu syarat utama untuk menjamin efektivitas program. Dengan melibatkan masyarakat dalam penilaian keberhasilan program, hasil evaluasi menjadi lebih bermakna dan dapat dijadikan dasar untuk perbaikan berkelanjutan. Evaluasi semacam ini juga memperkuat kepemilikan komunitas terhadap program yang dijalankan, sehingga meningkatkan kemungkinan keberlanjutan setelah dukungan eksternal berakhir.

Dalam konteks implementasi, praktik partisipatif dan *capacity building* menjadi fondasi penting dalam memperkuat intervensi berbasis komunitas. Partisipasi bermakna tidak hanya memberikan ruang bagi komunitas untuk terlibat, tetapi juga membangun kepercayaan dan memperkuat legitimasi program. Sementara itu, penguatan kapasitas memberikan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam menjaga kesehatan mereka secara mandiri.

Kolaborasi lintas sektor juga menjadi faktor kunci keberhasilan. Pendekatan integratif yang melibatkan sektor pendidikan, perumahan, pekerjaan, lingkungan, dan transportasi memungkinkan terciptanya sinergi dalam mengatasi determinan sosial kesehatan. Tanpa kerja sama lintas sektor, program kesehatan masyarakat berbasis komunitas berisiko menjadi fragmentaris dan tidak efektif dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, pengembangan program kesehatan berbasis *community development* tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan, tetapi juga memperkuat struktur sosial dan kohesi komunitas. Implikasi praktis dari pendekatan ini mencakup pentingnya desain program yang inklusif, penggunaan metode evaluasi yang partisipatif, investasi dalam *capacity building*, serta pembentukan jaringan kolaboratif antarsektor. Untuk itu, diperlukan komitmen jangka panjang dan pendekatan yang adaptif agar model ini dapat terus berkembang dan memberikan manfaat maksimal bagi masyarakat.

Daftar Pustaka

- Agdal, R., Midtgård, I. H., & Meidell, V. (2019). Can asset-based *community development* with children and youth enhance the level of participation in health promotion projects? *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Blickem, C., Dawson, S., Kirk, S., et al. (2018). What is Asset-Based *Community development* and How Might It Improve the Health of People With Long-Term Conditions? *SAGE Open*.
- Erickson, D., & Andrews, N. (2011). Partnerships among *community development*, public health, and health care could improve the well-being of low-income people. *Health Affairs*.
- Felix, M. R. J., Burdine, J. N., Wendel, M. L., & Alaniz, A. (2010). Community health development: A strategy for reinventing America's health care system one community at a time. *Journal of Primary Prevention*.
- Gooden, R., Syed, S. B., Rutter, P., et al. (2014). Building a community engagement approach for patient safety improvement. *Community development Journal*.
- Harrison, R., Blickem, C., Lamb, J., et al. (2019). Asset-Based *Community development*: Narratives, Practice, and Conditions of Possibility—A Qualitative Study With Community Practitioners. *SAGE Open*.
- Lansing, A. E., Romero, N. J., Siantz, E., et al. (2025). An emerging knowledge exchange framework: Leadership insight into a key capacity-building impact in a large urban, trauma-informed initiative. *BMC Public Health*.
- Owusu-Addo, E., Edusah, S. E., & Sarfo-Mensah, P. (2015). The utility of stakeholder involvement in the evaluation of community-based health promotion programmes. *International Journal of Health Promotion and Education*.
- Rogerson, B., Lindberg, R., Givens, M., & Wernham, A. (2014). A simplified framework for incorporating health into *community development* initiatives. *Health Affairs*.

- Russell, C. (2022). Understanding ground-up *community development* from a practice perspective. *Lifestyle Medicine*.
- Smallwood, S. W., Freedman, D. A., Pitner, R. O., et al. (2015). Implementing a Community Empowerment Center. *Journal of Community Health*.
- Wendel, M. L., Prochaska, J. D., Clark, H. R., et al. (2010). Interorganizational network changes among health organizations in the Brazos valley, Texas. *Journal of Primary Prevention*.

PROFIL PENULIS



Ayu Mardian, S.KM., M.Kes.

Penulis lahir di Payakumbuh pada 30 September 1982. Bekerja sebagai Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang di Jurusan Kesehatan Gigi, mengajar dalam area ilmu promosi kesehatan, ilmu perilaku, menempuh jenjang pendidikan Diploma 3 Kesehatan gigi Poltekkes Kemenkes Jakarta 1, S1 Promosi Kesehatan Universitas Fort de kock, S2 Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas

FKG Universitas Indonesia dan saat ini sedang menempuh Pendidikan Strata 3 di FKM Universitas Indonesia dengan peminatan dibidang *community health development*.

Email: ayumardian5@gmail.com



BAB 15

MANAJEMEN

PELAYANAN KESEHATAN

DI ERA DIGITAL

Bhisma Jaya Prasaja, S.Tr.,RMIK.
Universitas Santo Borromeus



Pendahuluan

Transformasi digital telah mengubah berbagai aspek kehidupan, termasuk dalam sektor kesehatan. Revolusi industri 4.0 mendorong pemanfaatan teknologi digital seperti big data, *artificial intelligence* (AI), *Internet of Things* (IoT), dan cloud computing dalam pelayanan kesehatan. Manajemen pelayanan kesehatan sebagai inti dari operasional sistem kesehatan pun dituntut untuk beradaptasi dengan kemajuan ini agar dapat memberikan layanan yang lebih efisien, efektif, dan berorientasi pada pasien.

Menurut World Health Organization (WHO), transformasi digital dalam layanan kesehatan tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional, tetapi juga memperluas akses layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil dan minim tenaga medis (WHO, 2020). Di Indonesia, penerapan sistem rekam medis elektronik, *telemedicine*, dan aplikasi mobile kesehatan (mHealth) menjadi bagian penting dari strategi nasional transformasi digital kesehatan yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes, 2023).

Namun demikian, integrasi teknologi ke dalam sistem manajemen pelayanan kesehatan tidak terlepas dari tantangan. Di antaranya adalah kesiapan infrastruktur, kompetensi tenaga kesehatan, keamanan data, serta aspek regulasi dan etika.

Electronic Health Record (EHR)/Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (RME), atau *Electronic Health Record* (EHR), merupakan sistem digital yang dirancang untuk menyimpan, mengelola, dan mengakses informasi kesehatan pasien secara elektronik. Berbeda dengan metode konvensional berbasis kertas, RME memudahkan tenaga medis dalam mendokumentasikan data klinis secara cepat dan akurat, sekaligus memungkinkan akses lintas fasilitas pelayanan kesehatan. Selain meningkatkan efisiensi kerja, sistem ini juga mendukung kontinuitas perawatan pasien serta pemanfaatan data untuk analisis klinis yang lebih mendalam (Menachemi & Collum, 2011). Dengan kata lain, RME hadir sebagai jembatan antara teknologi dan pelayanan kesehatan yang lebih terpadu, aman, dan berorientasi pada mutu.

Dalam pelayanan kesehatan, Big Data mendukung:

- a. Analisis prediktif untuk memetakan risiko penyakit atau beban pelayanan.
- b. Pemantauan kualitas layanan secara real-time melalui dashboard manajemen.
- c. Evaluasi kebijakan kesehatan berdasarkan data populasi secara akurat.

Studi oleh (Reddy dkk., 2019b) menunjukkan bahwa integrasi AI dan Big Data dapat mempercepat diagnosis, meningkatkan efisiensi sistem kesehatan, serta memfasilitasi penelitian dan pengembangan kebijakan berbasis bukti. *“Big Data and AI are jointly transforming healthcare from reactive to predictive, from generalized to personalized”* (Reddy dkk., 2019b)

3. Implementasi AI dan Big Data di Indonesia

Di Indonesia, penerapan AI dan *Big Data* dalam sektor kesehatan masih dalam tahap awal namun menjanjikan. Beberapa rumah sakit besar mulai menerapkan sistem triase cerdas, *chatbot* informasi layanan, dan dashboard manajemen berbasis data. Kementerian Kesehatan RI juga mendorong penggunaan platform SATUSEHAT yang mengintegrasikan data dari berbagai fasilitas layanan kesehatan sebagai dasar pemanfaatan *Big Data* kesehatan nasional (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, T.T.)

Namun, implementasi teknologi ini juga menghadapi tantangan:

- a. Kesiapan infrastruktur TIK yang belum merata,
- b. Keterbatasan tenaga ahli data dan AI di bidang kesehatan,
- c. Isu etika, privasi, dan keamanan data pasien,
- d. Kurangnya standar interoperabilitas antar sistem dan aplikasi.

4. Etika dan Tantangan Penggunaan AI dalam Kesehatan

Penggunaan AI dalam pelayanan kesehatan harus selalu memperhatikan prinsip etika medis dan hak pasien, seperti:

- a. Transparansi algoritma, agar keputusan AI dapat dijelaskan (*explainable AI*),

- b. Non-diskriminasi, agar hasil rekomendasi tidak bias terhadap usia, gender, atau etnis,
- c. Perlindungan data pribadi, sebagaimana diatur dalam UU No. 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 Tentang Pelindungan Data Pribad, 2022)

Tanpa tata kelola yang baik, penggunaan AI justru bisa memperbesar kesenjangan akses atau kesalahan diagnosis jika datanya tidak representatif.

Integrasi *Artificial Intelligence* dan *Big Data* dalam pelayanan kesehatan membawa peluang besar bagi manajemen yang lebih akurat, cepat, dan berorientasi pada pasien. Teknologi ini mendukung pergeseran paradigma dari layanan reaktif menjadi prediktif dan personal. Meski tantangan masih banyak, dengan regulasi yang kuat, peningkatan kapasitas SDM, dan pembangunan infrastruktur digital, pemanfaatan AI dan *Big Data* dapat menjadi pilar utama transformasi sistem kesehatan yang modern dan berkeadilan.

Daftar Pustaka

- 2010 Opportunities and developments Report on the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series-Volume 2 TELEMEDICINE in Member States. (2010).
- Benson, T., & Grieve, G. (2016). Principles of Health Interoperability. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-30370-3>
- Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024. (t.t.). Diambil 16 Juli 2025, dari <https://online.fliphtml5.com/egzdb/hsaa/#p=2>
- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2020). Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet* (London, England), 395(10227), 859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30424-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30424-4)
- Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., & Haines, A. (2013). The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behaviour Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers: A Systematic Review. *PLoS Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 20 TAHUN 2019 TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN TELEMEDICINE ANTAR FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN. www.peraturan.go.id
- KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. (t.t.).
- Menachemi, N., & Collum, T. H. (2011). Risk Management and Healthcare Policy Dovepress Benefits and drawbacks of electronic health record systems. Risk Management and Healthcare Policy, 4–47. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S12985>
- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. (2022). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS. www.peraturan.go.id

Reddy, S., Fox, J., & Purohit, M. P. (2019a). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/0141076818815510/FORMAT/EPUB>

Reddy, S., Fox, J., & Purohit, M. P. (2019b). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/0141076818815510>

Topol, E. J. (2019). Introduction to deep medicine. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, 14–33.

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 27 TAHUN 2022 TENTANG PELINDUNGAN DATA PRIBAD. (2022). UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 27 TAHUN 2022 TENTANG PELINDUNGAN DATA PRIBADI.

What Are Electronic Health Records (EHRs)? | HealthIT.gov. (t.t.). Diambil 16 Juli 2025, dari <https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/what-are-electronic-health-records-ehrs>

WHO EMRO | Digital health | NCDs. (t.t.). Diambil 6 Agustus 2025, dari https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/digital-health/index.html?utm_source=chatgpt.com

PROFIL PENULIS



Bhisma Jaya Prasaja, S.Tr.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 kepakarannya 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 16

PERENCANAAN PELAYANAN DAN PROGRAM KESEHATAN

Hanifah Hasnur, S.Pd., S.KM., M.KM.

Universitas Muhammadiyah Aceh



mencakup perencanaan sumber daya yang diperlukan untuk memastikan program berjalan lancar, seperti personel, pendanaan, dan peralatan.

Tujuan Memahami Perencanaan Kesehatan adalah sebagai berikut.

1. Pengetahuan dan *skill* perencanaan di bidang kesehatan yang dibahas dalam *sub-chapter* ini tidak hanya bersifat teoritis; namun sangatlah praktis dan dapat berguna bagi siapapun yang nantinya memerlukan keterampilan dalam merencanakan program kesehatan khususnya untuk mahasiswa pada saat melaksanakan Praktek Belajar Lapangan atau magang di instansi kesehatan seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan lain sebagainya.
2. *sub-chapter* ini bertujuan untuk memberikan masukan dalam praktik perencanaan kesehatan bagi siapa pun yang tertarik pada bidang ini. Dengan membahas topik perencanaan program kesehatan secara mendalam, pembaca diharapkan mendapatkan pengetahuan terkait pentingnya perencanaan dan evaluasi program kesehatan, berbagai metode yang digunakan dalam perencanaan kesehatan, serta cara mengimplementasikannya. *sub-chapter* ini juga menekankan pentingnya implementasi perencanaan kesehatan guna meningkatkan kualitas program dan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan.
3. *sub-chapter* ini juga menginspirasi dan memotivasi pembaca untuk menerapkan pengetahuan tersebut dalam praktik sehari-hari serta sebagai penguat dasar keilmuan pada Ilmu Kesehatan Masyarakat.

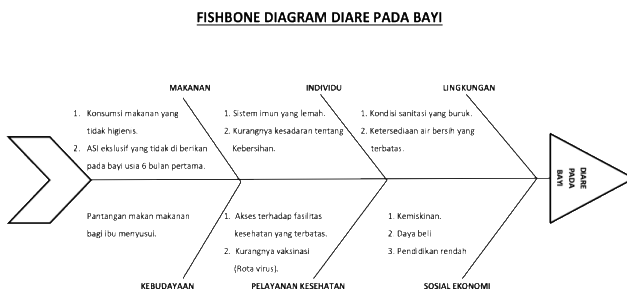
Pengertian dan Fungsi Perencanaan Kesehatan

Perencanaan merupakan bagian dari fungsi manajemen dan tidak dapat dipisahkan dari serangkaian fungsi manajemen lainnya seperti pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian. Misalnya, perencanaan sangat penting dalam pengelolaan (*organizing*), seperti dalam hal menyusun prioritas dan alokasi sumber daya; dalam aspek kepemimpinan (*leading*), seperti menentukan arah dan prioritas program-program kesehatan; serta dalam aspek kontrol (*controlling*), seperti dalam melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan program *public health* dan layanan kesehatan perorangan (Jimenez & Jacob, 2020; WHO, 2001). Oleh karena itu,

lapangan juga dapat memberikan informasi berharga mengenai permasalahan kesehatan di masyarakat. Mengumpulkan bukti untuk mendukung perencanaan program sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan. Proses ini melibatkan identifikasi dan pengumpulan data akan membantu mengembangkan intervensi yang efektif dan tepat sasaran.

Salah satu keuntungan signifikan dari pendekatan ini adalah pendekatan ini menghasilkan pemahaman menyeluruh tentang masalah kesehatan yang ada. Dengan mempertimbangkan sudut pandang yang berbeda, seperti sudut pandang profesional medis, pasien, perawat, dan pemangku kepentingan lainnya, berbagai faktor yang berkontribusi terhadap masalah ini dapat diidentifikasi.

Kekayaan informasi ini kemudian dapat digunakan untuk mengembangkan program pemecahan masalah yang lebih beragam dan efektif, sehingga memberikan harapan bagi peningkatan kualitas perencanaan kesehatan yang akan disusun. Namun, tidak semua perspektif memiliki bobot yang sama, dan beberapa perspektif mungkin lebih dominan dibandingkan perspektif lainnya. Dalam kasus tertentu, pertimbangan khusus, seperti tingkat keparahan masalah kesehatan atau ketersediaan sumber daya, mungkin diutamakan dalam perencanaan program penyelesaian masalah. Berikut adalah contoh penyusunan “analisis situasi” untuk menentukan akar masalah kesehatan dengan menggunakan alat bantu *fishbone*.



Gambar 16.2: Ilustrasi Fishbone untuk Menentukan Akar Masalah

Sumber: diolah penulis

- c. Perumusan tujuan khusus (spesifik dengan "batas waktu").
- d. Penentuan kriteria keberhasilan (menggunakan metode 5W+1H).
- e. dilengkapi dengan anggaran untuk setiap kegiatan di PoA yang direncanakan.

Untuk mempersiapkan PoA, penting untuk memprioritaskan nilai-nilai yang fleksibel guna memastikan bahwa program dapat disesuaikan dengan kebutuhan penyusun PoA maupun dinamika lokal yang mungkin berubah. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip perencanaan adaptif, yang mendorong program kesehatan untuk responsif terhadap konteks sosial dan sumber daya yang tersedia (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015).

Penyusunan PoA tergantung pada kebutuhan penyusun program kesehatan. Hal ini dapat bervariasi berdasarkan masalah kesehatan spesifik yang ingin diselesaikan oleh program, sumber daya yang tersedia, dan target sasaran program. Namun demikian, inti dasar penyusunan PoA tetap mencakup langkah-langkah penting seperti menentukan tujuan dan sasaran program, mengidentifikasi target audiens, dan memilih strategi implementasi yang tepat (Hodges & Videto, 2011; Green & Kreuter, 2005).

Selain itu, PoA juga harus mencakup jadwal pelaksanaan kegiatan, alokasi anggaran yang memadai, serta kerangka pemantauan dan evaluasi. Komponen ini berperan penting dalam memastikan bahwa program dilaksanakan dengan benar dan mampu mencapai hasil yang diharapkan (CDC, 2013; WHO, 2001).

Kesimpulannya, mempersiapkan PoA sangat penting untuk keberhasilan program kesehatan. Proses ini harus mengutamakan fleksibilitas dan penyesuaian agar program dapat memenuhi kebutuhan penyusun dan target audiens. Oleh karena itu, dasar-dasar utama penyusunan PoA seperti perumusan tujuan dan sasaran program, penentuan target audiens, strategi implementasi, penjadwalan, penganggaran, dan perencanaan evaluasi perlu dibahas secara mendalam agar program dapat dijalankan secara efektif dan berkelanjutan.

Daftar Pustaka

- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. U.S. Department of Health and Human Services.
- Eisenhower, D. D. (1954). The Eisenhower Matrix: A Tool for Prioritizing and Managing Tasks. Washington, DC: United States Army.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). Health behavior: Theory, research, and practice (5th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hodges, B. D., & Videto, D. M. (2011). Assessment in health professions education. Pearson Education.
- Jimenez, G., & Jacob, C. (2020). Integrating health planning and management in public health systems: A review of current models. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(4), 930–945. <https://doi.org/10.1002/hpm.3024>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman penyusunan rencana strategis daerah bidang kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2015). Ecological models of health behavior. In R. K. M. P. R. D. B. E. I. (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 75–94). John Wiley & Sons.
- Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science*, 8(15). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>

World Health Organization. (2001). Strategic planning in health: A step-by-step guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2001). Strategic planning in health: A step-by-step guide. Geneva: WHO.

PROFIL PENULIS



Hanifah Hasnur. S.Pd., S.KM., M.KM.

Hanifah Hasnur lahir di Aceh pada tanggal 22 Juli 1989. Ia menempuh pendidikan sarjana di dua bidang berbeda: Kesehatan Masyarakat di Universitas Serambi Mekkah dan Pendidikan Bahasa Inggris di Universitas Syiah Kuala, keduanya di Aceh. Ia memulai pendidikan tinggi pada tahun 2007 dan menyelesaikannya pada tahun 2012. Keterlibatannya dalam isu-isu kesehatan masyarakat dimulai sejak dini.

Pada tahun 2010, Hanifah bekerja di salah satu organisasi non-pemerintah (NGO) di Aceh yang didanai oleh Nossal Institute for Global Health, The University of Melbourne. Dalam peran ini, ia berkontribusi pada program promosi kesehatan untuk remaja, khususnya dalam penyuluhan mengenai HIV/AIDS dan penyalahgunaan narkoba — sebuah respons penting terhadap dampak sosial pasca-tsunami Aceh.

Pada tahun 2013, Hanifah melanjutkan studi pascasarjana di Universitas Indonesia, dengan fokus pada Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Setelah menyelesaikan gelar masternya pada tahun 2015, ia bergabung sebagai asisten peneliti di Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia. Di sana, ia terlibat dalam berbagai kajian strategis, termasuk penelusuran belanja kesehatan dan studi costing untuk penyakit katastropik di Indonesia. Saat ini, Hanifah mengajar di Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Aceh. Selain mengajar, ia juga aktif menulis opini di media lokal dan artikel ilmiah terkait kebijakan dan pembiayaan kesehatan sebagai bentuk kontribusinya terhadap penguatan tata kelola kesehatan di daerah.

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Di tengah dinamika industri kesehatan yang terus berubah, keberhasilan sebuah institusi tidak lagi hanya diukur dari keunggulan klinisnya, tetapi juga dari kecanggihan manajemennya. Buku Manajemen Pelayanan Kesehatan hadir sebagai kompas yang menavigasi pembaca melalui kompleksitas tersebut. Mulai dari tantangan operasional sehari-hari hingga pengambilan keputusan strategis jangka panjang, buku ini menyajikan peta jalan yang jelas. Pembaca akan diajak memahami cara merancang strategi pertumbuhan, mengembangkan tim yang solid, mengoptimalkan alokasi anggaran, serta menerapkan inovasi teknologi untuk meningkatkan keselamatan dan kepuasan pasien. Buku ini adalah manual praktis yang memberdayakan setiap pengelola fasilitas kesehatan untuk menghadapi tantangan dan menciptakan masa depan layanan kesehatan yang lebih baik. Topik utama yang di bahas pada buku ini yaitu:

1. Konsep Dasar Manajemen Kesehatan
2. Sistem Kesehatan Nasional
3. Manajemen Strategis dalam Pelayanan Kesehatan
4. Kepemimpinan dan Budaya Organisasi dalam Pelayanan Kesehatan
5. Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan
6. Manajemen Keuangan Kesehatan
7. Manajemen Rantai Pasok Obat dan Alat Kesehatan
8. Komunikasi Efektif dalam Pelayanan Kesehatan
9. Pemasaran Pelayanan Kesehatan
10. Pelayanan Kesehatan Primer
11. Pelayanan Kesehatan Rujukan
12. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
13. Pelayanan Kesehatan Lansia
14. Pengembangan Program Kesehatan Berbasis *Community Development*
15. Manajemen Pelayanan Kesehatan di Era Digital
16. Perencanaan Pelayanan dan Program Kesehatan