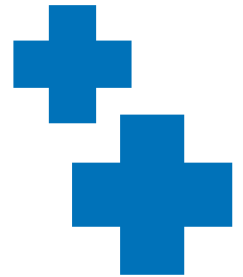


# EKONOMI KESEHATAN



**Ni Desak Made Santi Diwyartha,  
Ryryn Suryaman Prana Putra, Sulistyani Prabu Aji,  
Dewi Sayati, Abdurohim, Susilo Wulan**



# **EKONOMI KESEHATAN**

**Ni Desak Made Santi Diwyarthi  
Ryryn Suryaman Prana Putra  
Sulistyani Prabu Aji  
Dewi Sayati  
Abdurohimi  
Susilo Wulan**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# EKONOMI KESEHATAN

## Penulis :

Ni Desak Made Santi Diwyarthi  
Ryryn Suryaman Prana Putra  
Sulistiyani Prabu Aji  
Dewi Sayati  
Abdurohimi  
Susilo Wulan

**ISBN : 978-623-8102-16-7**

**Editor :** Oktavianis, S.ST., M.Biomed  
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

**Penyunting :** Ilda Melisa, Amd.Kep

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Handri Maika Saputra, S.ST

**Penerbit :** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

## Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah  
Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Desember 2022

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

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Ekonomi Kesehatan” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh Indonesia. Selain itu, buku kolaborasi dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh Indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, Desember 2022

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>BAB 1 BATASAN DAN KARAKTERISTIK EKONOMI KESEHATAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Pendahuluan.....	1
2.2 Teori dan Kajian Terdahulu.....	2
2.3 Karakteristik Ekonomi Kesehatan.....	3
2.4 Simpulan.....	4
DAFTAR PUSTAKA.....	5
<b>BAB 2 BATASAN EKONOMI KESEHATAN DAN KARAKTERISTIK</b> .....	<b>6</b>
2.1 Batasan Ekonomi Kesehatan .....	6
2.2 Karakteristik Ekonomi Kesehatan.....	14
DAFTAR PUSTAKA.....	17
<b>BAB 3 EKONOMI MIKRO DALAM KESEHATAN</b> .....	<b>20</b>
3.1 Pendahuluan.....	20
3.2 Pengertian Ekonomi Mikro Menurut Ahli.....	21
3.2.1 Mary A Marchant dan William M Snell.....	23
3.2.2 David A. Moss.....	23
3.2.3 Adam Smith.....	23
3.2.4 N. G. Mankiw.....	24
3.2.5 Sadono Sukirno.....	24
3.2.6 Marshal dan Piqou.....	25
3.2.7 David Ricardo.....	25
3.3 Teori Ekonomi Mikro .....	25
3.3.1 Teori Harga.....	26
3.3.2 Produksi.....	26
3.3.3 Distribusi.....	26
3.3.4 Konsumsi.....	27
3.4 Tujuan Ekonomi Mikro.....	27
3.5 Ekonomi Mikro di kehidupan Masyarakat.....	28
3.5.1 Permintaan.....	28
3.5.2 Penawaran.....	28
3.5.3 Perilaku Konsumen dan Produsen.....	29
3.5.4 Harga.....	29

3.5.5 Biaya.....	29
3.5.6 Pasar.....	29
DAFTAR PUSTAKA.....	30
<b>BAB 4 TEORI SUPPLY DAN DEMAND .....</b>	<b>31</b>
4.1 Pendahuluan.....	31
4.2 Supply .....	31
4.2.1 Pengertian.....	31
4.2.2 Fungsi <i>supply</i> .....	32
4.2.3 Hukum penawaran ( <i>supply</i> ).....	32
4.2.4 Grafik <i>supply</i> .....	32
4.2.5 Elemen-elemen yang dapat mempengaruhi <i>supply</i> layanan kesehatan .....	33
4.2.6 Elastisitas <i>supply</i> .....	37
4.3 Demand.....	39
4.3.1 Pengertian.....	39
4.3.2 Fungsi <i>demand</i> .....	40
4.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan ( <i>demand</i> ).....	42
4.3.4 Elemen-elemen yang mempengaruhi tinggi rendahnya <i>demand</i> .....	42
4.3.5 Elemen-elemen yang dapat mempengaruhi <i>demand</i> pemakai terhadap pelayanan medis.....	43
4.3.6 Hukum <i>demand</i> .....	44
4.3.7 Pergeseran dalam <i>demand</i> .....	45
4.3.8 Elastisitas <i>demand</i> .....	45
4.3.9 Konsep elastisitas <i>demand</i> .....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	48
<b>BAB 5 PEMERATAAN KESEHATAN .....</b>	<b>49</b>
5.1 Pendahuluan.....	49
5.2 Menyediakan Layanan Kesehatan Berkualitas Kepada Seluruh Masyarakat .....	52
5.3 Menyusun pola aktivitas kegiatan kesehatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara luas .....	53
5.4 Menciptakan kualitas lingkungan guna memelihara kesehatan masyarakat. ....	57
5.5 Literasi Kesehatan kepada masyarakat, guna hidup yang lebih baik.....	58

5.6 Menuju kualitas layanan Kesehatan Masyarakat sesuai dengan program <i>Sustainable Development</i> <i>Goals</i> (SDGs).....	59
DAFTAR PUSTAKA.....	61
<b>BAB 6 DASAR-DASAR EVALUASI EKONOMI</b>	
<b>DI BIDANG KESEHATAN.....</b>	<b>65</b>
6.1 Tujuan Pembelajaran .....	65
6.2 Prinsip Dasar Evaluasi Ekonomi.....	65
6.3 Pentingnya Evaluasi Ekonomi.....	66
6.4 Jenis-Jenis Evaluasi Ekonomi.....	69
6.5 Aplikasi Evaluasi Ekonomi di Bidang Kesehatan .....	72
6.6 Rangkuman .....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78
<b>BIODATA PENULIS</b>	

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 3.1</b> : Ekonomi Makro dan Ekonomi Mikro .....	21
<b>Gambar 3.2</b> : Kurva Permintaan dan Penawaran .....	22
<b>Gambar 3.3</b> : Adam Smith bapak Ekonomi Modern .....	24
<b>Gambar 3.4</b> : Sadono Sukirno .....	25
<b>Gambar 3.5</b> : Mengkaji Mekanisme Pasar.....	27
<b>Gambar 3.6</b> : Contoh Ekonomi Mikro di Indonesia.....	28
<b>Gambar 4.1</b> : Kurva <i>Supply</i> (Penawaran).....	33
<b>Gambar 4.2</b> : Kurva Elastisitas <i>Supply</i> (Penawaran) .....	39
<b>Gambar 4.3</b> : Kurva Inelastis Sempurna dan Inelastis <i>Supply</i> (Penawaran) Pelayanan Kesehatan.....	39
<b>Gambar 4.4</b> : Kurva <i>Demand</i> (Permintaan) .....	44
<b>Gambar 5.1</b> : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat .....	51
<b>Gambar 5.2</b> : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat .....	54
<b>Gambar 5.3</b> : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat .....	58
<b>Gambar 5.4</b> : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat .....	60



# **BAB 1**

# **BATASAN DAN KARAKTERISTIK**

# **EKONOMI KESEHATAN**

*Oleh Ni Desak Made Santi Diwyartha*

Hidup yang berkualitas adalah hidup yang sehat

## **1.1 Pendahuluan**

Masyarakat berupaya memiliki kondisi kesehatan yang baik, agar dapat melaksanakan berbagai aktivitas kehidupan dengan baik pula. Upaya tersebut didukung dengan langkah-langkah memahami kesehatan dalam berbagai bidang, seperti ekonomi kesehatan, kesehatan fisik dan psikis, kondisi gangguan kesehatan, dampak kesehatan terhadap lingkungan sosial. Penerapan ilmu ekonomi semakin relevan ketika manusia mengalami kemunduran fisik dan dalam kehidupan sosial akibat masalah kesehatan (Trisnantoro, 2021, Larasati, 2022).

Langkah-langkah dalam menjaga dan mengembangkan kualitas kesehatan ini yang senantiasa dicapai oleh masyarakat luas. Salah satunya, dengan menerapkan konsep ekonomi kesehatan. Kajian dari berbagai disiplin ilmu kesehatan dan sosial memperlihatkan upaya mendalami ilmu ekonomi kesehatan di tengah masyarakat. Hal ini perlu didukung oleh luasnya hasil karya dan informasi terkait ekonomi kesehatan. Lahirnya buku ini sebagai bentuk partisipasi para penulis dalam menambah khasanah ilmu pengetahuan dan kajian terkait ekonomi kesehatan (Thabrany, Iswanto, 2021, Adi Pratama, 2022)

Pandemi yang ditimbulkan oleh virus Corona pada akhir tahun 2019 memperlihatkan bahwa masyarakat tidak memiliki referensi informasi dan langkah-langkah yang memadai dalam menghadapi situasi tersebut. Baik kalangan pemerintah, kaum cendekiawan, para pengusaha, ibu rumah tangga, remaja, para pekerja, bahkan tokoh masyarakat, mengalami kepanikan akibat tidak adanya rujukan tepat dalam situasi pandemi Covid-19 (Adi Pratama, 2021, Santi Diwyartha, 2022).

## 2.2 Teori dan Kajian Terdahulu

Ekonomi kesehatan merupakan aplikasi dari berbagai teori dan pemahaman terkait kondisi kesehatan manusia ditinjau secara ekonomi. Iswanto (2021) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan mencakup ekonomi makro, globalisasi dan kesehatan, metode pengukuran kesehatan secara higienis, rancangan pembiayaan jangka pendek dan jangka panjang menyangkut kondisi kesehatan masyarakat, kurva penawaran ekonomi kesehatan, skala ekonomi masyarakat pada suatu daerah dan periode tertentu, model permintaan dari pasar, penyedia pelayanan kesehatan dan perlakuan yang diberikan, asuransi kesehatan, jaminan kesehatan nasional (*universal health coverage*), perhitungan biaya, serta berbagai ragam kasus ekonomi kesehatan kontemporer (Iswanto, 2021)

Ekonomi kesehatan erat kaitannya dengan aspek-aspek sebagai berikut: Alokasi sumber daya yang dimiliki dalam sebuah organisasi, proses yang berlangsung dalam pelayanan kesehatan, pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai layanan kesehatan, efisiensi dan efektivitas pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya yang tersedia, dampak mengantisipasi dan mengatasi gangguan kesehatan, upaya penanganan dan pemulihan kondisi kesehatan individu maupun masyarakat.

Ilmu ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam upaya mencapai kualitas kesehatan masyarakat. Upaya ini juga mencakup mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dalam rangka mencapai tingkat atau derajat kesehatan secara maksimal (Mahardika, 2019, Santi Diwyarthi, 2021).

Ekonomi kesehatan merupakan studi mengenai permintaan dan penawaran dari berbagai sumber daya yang ada di tengah masyarakat, terkait dengan antisipasi dan penanganan perawatan kesehatan, beserta dampak gangguan kesehatan. Ekonomi kesehatan mencakup informasi dan juga aplikasi teknologi yang terlibat di dalam bidang kesehatan. Secara global, ekonomi kesehatan berkaitan erat dengan industri kesehatan, dengan penerapan teori, konsep dan metode serta teknik ekonomi pada sektor kesehatan (Kharman, Anne Mills, Lucy Gilson, 2019).

*World Health Organization* (2019) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam upaya

menetapkan standar kesehatan di tengah masyarakat. Ekonomi kesehatan bertujuan mencapai pembangunan kesehatan pada masyarakat di suatu negara, serta berbagai cara mengatasi dampak gangguan kesehatan, mencegah gangguan kesehatan, dan melakukan langkah-langkah rehabilitasi gangguan kesehatan yang terjadi, yang mengancam produktivitas individu maupun nasional (WHO, 2019, Iswanto, 2019).

### **2.3 Karakteristik Ekonomi Kesehatan**

Pembangunan kesehatan merupakan investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia, dengan demikian, pembangunan kesehatan berpijak pada ekonomi kesehatan. Ekonomi kesehatan memiliki karakteristik sebagai berikut: membutuhkan keterlibatan semua pihak, baik masyarakat pada suatu daerah, peraturan pemerintah yang mendukung pelaksanaan ekonomi kesehatan, kajian yang terkini dari para pakar dan ilmuwan, dukungan para pengusaha, juga pengawasan dari berbagai pihak (Murti, 2021, Santi, 2021).

Ekonomi kesehatan perlu diwujudkan secara bersama, dengan melibatkan berbagai pihak, dengan karakteristik adanya kemampuan dalam merencanakan dan mengelola serta mengawasi pelaksanaan ekonomi kesehatan pada suatu daerah, kerjasama dari berbagai pihak, dukungan dari teknologi yang terlibat dalam pelaksanaan ekonomi kesehatan di tengah masyarakat, dan kemauan masyarakat dalam menerapkan ekonomi kesehatan (Iswanto, 2021, Adi Pratama, 2021).

Ekonomi kesehatan terdiri dari ekonomi makro, globalisasi dan kesehatan, metode pengukuran kesehatan, rancangan pembiayaan kesehatan jangka pendek dan menengah juga jangka panjang, kurva penawaran ekonomi kesehatan, skala ekonomi masyarakat pada suatu daerah dan periode tertentu, model permintaan dari pasar, penyedia pelayanan kesehatan dan perlakuan yang diberikan, asuransi kesehatan, jaminan kesehatan nasional (universal health coverage), perhitungan biaya, serta berbagai kasus gangguan kesehatan (Iswanto, 2021)

## 2.4 Simpulan

Berdasar uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi yang bertujuan menjaga dan mengembangkan kualitas kesehatan masyarakat. Ekonomi masyarakat merupakan ilmu yang mempelajari *supply* dan *demand* sumber daya pelayanan kesehatan, serta dampak sumber daya pelayanan kesehatan terhadap situasi dan kondisi yang berlangsung di tengah masyarakat.

Kualitas kesehatan masyarakat ditentukan dari berbagai faktor yang mencakup pemahaman terhadap standar kesehatan, kualitas kehidupan masyarakat secara efisien dan efektif, dan pembangunan kesehatan sebagai investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adi Pratama, I Wayan. 2022. Psikologi Komunikasi. Padang: Global Eksekutif Teknologi.
- Iswanto, Heri. 2021. Ekonomi Kesehatan: Konsep, Teori, dan Aplikasi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Larassati, Anggi Aruna. 2022. Psikologi Komunikasi. Padang: Global Eksekutif Teknologi.
- Mahardika, Rahardi. 2019. Ekonomi Kesehatan. Jakarta: Samudra Biru.
- Santi Diwyarthi, Ni Desak Made. 2021. Kamala: Kepariwisata Berbasis Masyarakat, Budaya dan Berkelanjutan. Denpasar: Politeknik Pariwisata Bali.
- Santi Diwyarthi, Ni Desak Made. 2021. Pandemi Covid-19 dan Pariwisata dalam Tinjauan Kajian Budaya. Denpasar: Politeknik Pariwisata Bali.
- Santi Diwyarthi, Ni Desak Madde. 2022. Psikologi Umum. Padang: Global Eksekutif Teknologi.

# BAB 2

## BATASAN EKONOMI KESEHATAN DAN KARAKTERISTIK

*Oleh Ryryn Suryaman Prana Putra*

### 2.1 Batasan Ekonomi Kesehatan

Mengetahui batasan Ekonomi Kesehatan maka dapat diketahui dari definisi Ekonomi Kesehatan sendiri. Ekonomi adalah ilmu mengenai alokasi sumber daya yang terbatas dalam meningkatkan kesejahteraan hidup manusia (Bhattacharya, Hyde, Tu, 2014 dalam Ahsan dkk, 2022). Ilmu ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan yang diprakarsai oleh Kenneth Arrow melalui publikasi pada *The American Economic Review* di tahun 1963 berjudul *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (Clarke & Erreygers, 2018; Arrow, Kenneth, 1963 dalam Ahsan dkk, 2022).

Ilmu ekonomi kesehatan berperan dalam memberikan pemahaman mengenai aspek-aspek dalam berbagai pilihan sumber daya kesehatan (Murti, 2019; Arrow, Kenneth, 1963). Aspek-aspek dalam pilihan tersebut adalah efisiensi, efektivitas, nilai, dan perilaku pengguna layanan kesehatan (Arrow & Kenneth, 1963).

1. Efisiensi. Efisiensi menurut Merriam Webster adalah kemampuan untuk melakukan sesuatu atau menghasilkan sesuatu tanpa membuang bahan, waktu, atau energi. Sumber lainnya, yaitu Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), menyebutkan bahwa efisiensi adalah ketepatan cara (usaha, kerja) dalam menjalankan sesuatu (dengan tidak membuang waktu, tenaga, biaya). Istilah lain dari efisiensi adalah kedayagunaan, ketepatangunaan, atau kesangkilan. Efisiensi membutuhkan pengurangan jumlah sumber daya yang tidak perlu yang digunakan untuk menghasilkan output tertentu, termasuk waktu dan energi. Kesimpulannya, konsep efisiensi adalah konsep terukur yang dapat ditentukan dengan menggunakan rasio output yang berguna untuk input total.

Efisiensi meminimalkan pemborosan sumber daya seperti bahan fisik, energi, dan waktu sambil mencapai output yang diinginkan (Rheny, 2022).

2. Efektivitas. Beni (2016) menjelaskan bahwa Efektivitas adalah hubungan antara output dan tujuan atau dapat juga dikatakan merupakan ukuran seberapa jauh tingkat output, kebijakan dan prosedur dari organisasi. Efektivitas juga berhubungan dengan derajat keberhasilan suatu operasi pada sektor public sehingga suatu kegiatan dikatakan efektif jika kegiatan tersebut mempunyai pengaruh besar terhadap kemampuan menyediakan pelayanan masyarakat yang merupakan sasaran yang telah ditentukan. Mardiasmo (2017) menjelaskan bahwa Efektivitas adalah ukuran berhasil tidaknya pencapaian tujuan suatu organisasi mencapai tujuannya. Apabila suatu organisasi mencapai tujuan maka organisasi tersebut telah berjalan dengan efektif. Indikator efektivitas menggambarkan jangkauan akibat dan dampak (*outcome*) dari keluaran (*output*) program dalam mencapai tujuan program. Semakin besar kontribusi output yang dihasilkan terhadap pencapaian tujuan atau sasaran yang ditentukan, maka semakin efektif proses kerja suatu unit organisasi.
3. Nilai. Steeman dalam Adisusilo (2013) menjelaskan bahwa nilai adalah sesuatu yang memberi makna dalam hidup, yang memberi acuan, titik tolak dan tujuan hidup. Nilai adalah sesuatu yang dijunjung tinggi, yang dapat mewarnai dan menjiwai tindakan seseorang. Nilai itu lebih dari sekedar keyakinan, nilai selalu menyangkut pola pikirdan tindakan, sehingga ada hubungan yang amat erat antara nilai dan etika.
4. Perilaku Pengguna Layanan Kesehatan. Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007). Selain itu, faktor-faktor pelayanan dunia kesehatan dalam hal ketersediaan sarana fasilitas kesehatan, kemudahan akses, dan keterjangkauan masyarakat khususnya masyarakat miskin harus menjadi pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan yang baik untuk memberikan kualitas pelayanan terhadap konsumen (Hardayati dkk, 2011).

Tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat menunjukkan seberapa baik kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan sekaligus menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Marnah dkk, 2016).

Ada beberapa kata kunci dalam definisi Ekonomi Kesehatan tersebut yang dapat menjadi batasan Ekonomi Kesehatan, diantaranya yaitu (Rimawati, 2004) :

1. Ilmu ekonomi : *positive dan normative/welfare economics*.
2. Upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Upaya kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Faktor yang mempengaruhinya seperti faktor genetik, faktor perilaku, faktor lingkungan (fisik, biologi, ipolek, sosbud).
3. Derajat kesehatan yang optimal. Menurut WHO, derajat kesehatan optimal adalah keadaan sehat jasmani, rohani dan sosial sehingga seseorang dapat menikmati hidupnya secara produktif.

Selain itu pembahasan dalam ekonomi kesehatan menyangkut pertanyaan-pertanyaan berikut (Rimawati, 2004) :

1. Pelayanan kesehatan apa yang perlu diproduksi ?
2. Berapa besar biaya produksinya ?
3. Bagaimana mobilitas dana kesehatan (siapa yang membayar dan berapa besar)?
4. Bagaimana utilisasi pelayanan kesehatan (Siapa yang menggunakan dan berapa banyak) ?
5. Berapa besar manfaat (benefit) investasi pelayanan kesehatan tersebut ?

Ilmu ekonomi kesehatan bermanfaat dalam memberikan informasi kepada pembuat keputusan, baik pemerintah maupun swasta, tentang pilihan yang efisien dan adil untuk memenuhi kebutuhan kesehatan serta kesejahteraan individu dan masyarakat (Arrow, Kenneth J., 1963). Dalam penerapannya, ekonomi kesehatan memiliki beberapa metode yang sering digunakan, antara lain



economic reasoning, evaluasi ekonomi (menggunakan *Cost Benefit Analysis* (CBA), *Cost Effective Analysis* (CEA), *Cost Utility Analysis* (CUA), atau *Cost Minimization Analysis* (CMA)), *Costing*, Ekonometrik, dan lain-lain (Ahsan dkk, 2022).

1. *Economic reasoning* adalah kerangka pikir yang dapat membantu dalam pembuatan keputusan.
2. Evaluasi ekonomi digunakan untuk membandingkan dua atau lebih intervensi, program, strategi, atau kebijakan kesehatan dari aspek sumber daya yang dialokasikan dan efek (*outcome*) yang dihasilkan dari pilihan-pilihan tersebut (Drummond, et al., 2005).
3. CBA dilakukan untuk menganalisis biaya dan manfaat secara agregat, untuk membedakan alternatif mana yang mempunyai manfaat lebih besar dibandingkan dengan biaya yang terjadi (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, et al., 2005).
4. CMA hanya digunakan untuk mengukur efek dari biaya pilihan-pilihan intervensi. Opsi intervensi yang diukur memiliki efek kesehatan yang identik atau diasumsikan sebagai identik (Drummond, et al., 2005).
5. CEA digunakan ketika opsi intervensi memiliki beberapa jenis keluaran sehingga perlu memilih dimensi efek yang ingin diukur, dari segi kuantitas atau kualitas, sehingga bersifat satu dimensi (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, M. F. et al., 2005).
6. CUA digunakan ketika efek intervensi terhadap status kesehatan memiliki dua dimensi atau lebih. CUA mengukur efek dari segi kualitas dan kuantitas dalam satu ukuran, contohnya Quality Adjusted Live Years (QALYs) (Arrow & Kenneth, 1963; Drummond, et al. 2005).
7. *Costing* merupakan metode yang digunakan untuk mengetahui total atau unit biaya dari sebuah intervensi atau program kesehatan dengan cara mengumpulkan data-data terkait biaya yang digunakan untuk melakukan intervensi atau program tersebut (Špacírová, et. al., 2020).
8. Ekonometrik merupakan gabungan ilmu statistik, matematika, dan ekonomi (Stock & Watson, 2011). Ekonometrik diaplikasikan melalui pengujian statistik data kuantitatif yang menggambarkan fenomena aktual serta membandingkan dan

mengkontras hasil pengujian tersebut dengan dengan teori yang ingin diuji atau teori sudah yang ada (Stock & Watson, 2011).

Menurut Mills dan Gillson (1999) dalam Munadhir (2017) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berhubungan dengan hal-hal sebagai berikut:

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan.
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan.
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan.
4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya.
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat (Mills & Gillson, 1999 dalam Munadhir, 2017).

Ruang lingkup ilmu ekonomi sangat luas termasuk bidang ekonomi kesehatan, namun secara garis besar teori ekonomi dibagi 2 yaitu (Rimawati, 2004):

1. Teori Mikro Ekonomi. Didefinisikan sebagai bagian dari ilmu ekonomi yang menganalisa mengenai bagian-bagian kecil dari keseluruhan kegiatan perekonomian yang bersifat spesifik (Rimawati, 2004). Mikroekonomi merupakan cabang ilmu ekonomi yang membahas perilaku individu/rumah tangga maupun perusahaan dalam membuat pilihan terkait alokasi sumber daya dan interaksi antara kedua pelaku ekonomi tersebut (Ahsan, 2022). Pilihan masyarakat terhadap layanan kesehatan tidak bisa lepas dari adanya permintaan dan penawaran. Adanya permintaan dan penawaran tersebut menimbulkan adanya permintaan turunan (derived demand) dan penawaran terhadap gedung/bangunan, perlengkapan, obat-obatan, alat kesehatan, dan jasa tenaga kesehatan (Folland, Goodman, and Stano, 2013 dalam Ahsan, 2022). Dalam lingkup mikroekonomi juga dibahas analisis responsif atau elastisitas dari kuantitas barang/jasa yang diminta dan ditawarkan terhadap faktor lainnya, misalkan harga dari layanan kesehatan (Ahsan, 2022).

2. Teori Makro Ekonomi. Merupakan analisis atas keseluruhan kegiatan ekonomi secara agregat. Analisisnya bersifat global dengan tidak memperhatikan kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh unit-unit kecil dalam perekonomian (Rimawati, 2004). Dalam konteks kesehatan, konsep makroekonomi mencakup aktivitas ekonomi yang terkait dengan kesehatan secara agregat dan bermanfaat dalam penentuan alokasi dan prioritas sumber daya yang digunakan dalam program peningkatan kesehatan (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Melalui pemahaman tentang peran kesehatan terhadap pembangunan ekonomi dan sebaliknya, pemerintah dan para pengambil kebijakan publik perlu menimbang dampak ekonomi dari keputusan di bidang kesehatan maupun dampak terhadap kesehatan yang ditimbulkan dari kebijakan ekonomi. Dalam pengambilan keputusan bagi masyarakat, kesehatan dan ekonomi tidak dapat dilihat sebagai dua entitas terpisah, melainkan sebagai dua indikator yang saling terkait layaknya sebuah lingkaran yang tidak terputus (Ahsan, 2022) .

Secara singkat bidang kajian Ekonomi Kesehatan adalah (Rimawati, 2004) :

1. Mikro. Menelaah isu atau program spesifik sektor kesehatan, misalnya menyangkut Aspek Produktif (*Supply*) dan Aspek Konsumsi (*Utilization* atau *Demand*) pelayanan atau program kesehatan.
  - a. Aspek Produksi :
    - 1) Menelaah biaya dari berbagai input program kesehatan : fasilitas, bahan-bahan, tenaga kesehatan, dan lain-lain. Analisis biaya dari berbagai program dapat memberi gambaran tentang cost effective dan cost efisien.
    - 2) Menelaah aspek pembiayaan secara keseluruhan : apa saja sumber biaya program kesehatan tertentu (pemerintah, swasta, *out of pocket payment*, dan lain-lain), berapa besarnya, bagaimana trend-nya, bagaimana sistem mobilisasinya (asuransi, grant, anggaran pemerintah, dan lain-lain)

- 3) Menelaah aspek aspek alokasi sumber daya tersebut : vertikal, antar program, antar mata anggaran program, dan lain-lain.
- b. Aspek konsumsi :
    - 1) Menelaah pola penggunaan pelayanan kesehatan dan diferensiasinya menurut fasilitas, strata pendapatan, strata pendidikan, kota-desa, kelompok umur, pekerjaan, dan lain-lain.
    - 2) Menelaah bagaimana pengaruh faktor-faktor tertentu terhadap pola konsumsi pelayanan kesehatan ; tarif, subsidi, asuransi kesehatan, pendapat, *opportunity cost*, dan lain-lain.
- 3) Makro.
    - a. Menelaah sektor kesehatan secara menyeluruh serta hubungannya secara timbal balik dengan sektor-sektor sosial ekonomi lainnya.
    - b. Bertujuan mengkuantifikasi kontribusi sektor kesehatan bagi pembangunan ekonomi.
    - c. Menghitung benefit sektor kesehatan dalam ukuran moneter
    - d. Memperhatikan pengaruh kebijakan dan pembangunan sektor lain terhadap derajat kesehatan.

Kharman (1964) dalam Munadhir (2017) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan itu merupakan aplikasi ekonomi dalam bidang kesehatan. Secara umum ekonomi kesehatan akan berkonsentrasi pada industri kesehatan. Ada 4 bidang yang tercakup dalam ekonomi kesehatan yaitu :

1. Peraturan (*Regulation*). Di Indonesia peraturan adaah peraturan perundang-undangan yang diterima secara legal. Bagir Manan (1992) menjelaskan bahwa peraturan perundang-undangan adalah keputusan tertulis negara atau pemerintah yang berisi petunjuk atau pola tingkah laku yang bersifat dan mengikat secara umum. Pengertian perundang-undangan dalam hukum positif Indonesia disebutkan dalam Pasal 1 ayat (2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011, yang menyatakan bahwa Peraturan perundang-undangan adalah peraturan tertulis yang memuat norma hukum yang mengikat

secara umum dan dibentuk atau ditetapkan oleh lembaga negara atau pejabat yang berwenang melalui prosedur yang ditetapkan dalam Peraturan Perundang-Undangan.

2. *Perencanaan (Planning)*

Bintoro Tjokroaminoto dalam Usman (2008) menyebutkan, perencanaan adalah proses mempersiapkan kegiatan-kegiatan secara sistematis yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu. Prajudi Atmosudirjo dalam Usman (2008) juga menjelaskan bahwa perencanaan adalah perhitungan dan penentuan tentang sesuatu yang akan dijalankan dalam rangka mencapai tujuan tertentu, siapa yang melakukan, bilamana, di mana, dan bagaimana cara melakukannya (Taufiqurokhman, 2008).

3. *Pemeliharaan Kesehatan (The Health Maintenance) atau Organisasi.* Pemeliharaan Kesehatan adalah perilaku atau usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit (Luthviatin, 2012).

4. *Analisis Cost dan Benefict*

Simbel (2003) menjelaskan bahwa analisis biaya dan manfaat adalah salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan cepat. Menurutnya dalam mengambil sebuah keputusan yang digunakan sebagai acuan adalah biaya yang harus dikeluarkan dan manfaat yang bisa diperoleh.

Pembahasan dalam ilmu ekonomi kesehatan mencakup *costumer* (dalam hal ini pasien/ pengguna pelayanan kesehatan), *provider* (yang merupakan profesional investor, yang terdiri dari publik maupun private), pemerintah (*government*) (Munadhir, 2017).

1. *Costumer*

*Costumer* dalam bidang Ekonomi Kesehatan adalah pasien. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit (UU No 44 Tahun 2009).

2. *Provider*

*Provider* dalam hal ini adalah penyedia layanan kesehatan baik itu rumah sakit, klinik, puskesmas maupun fasilitas kesehatan

lainnya. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No 44 Tahun 2009). Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Permenkes No 43 Tahun 2019).

### 3. *Government*

Pranadjaja (2003) dalam bukunya yang berjudul “Hubungan antar Lembaga Pemerintahan”, menjelaskan bahwa Pemerintah berasal dari kata perintah, yang berarti perkataan yang bermaksud menyuruh melakukan sesuatu, sesuatu yang harus dilakukan. Pemerintah adalah orang, badan atau aparat yang mengeluarkan atau memberi perintah. Atau secara umum pemerintah adalah yang berwenang mengeluarkan peraturan dalam mengatur aktivitas di dalam negara.

## **2.2 Karakteristik Ekonomi Kesehatan**

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap karakteristiknya. Karakteristik tersebut menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan, yaitu (Tjiptoherijanto 1994, Gani 1994 dan Lubis 2009) :

1. Kejadian penyakit tidak terduga, tidak ada orang yang dapat memprediksi penyakit apa yang akan menimpanya dimasa yang akan datang, oleh karena itu tidak mungkin dapat dipastikan pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkan. Ketidakpastian uncertainty ini berarti seseorang menghadapi suatu resiko akan sakit dan oleh karena itu ada juga resiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut.
2. *Consumer ignorance*, artinya konsumen sangat tergantung pada penyedia provider pelayanan kesehatan. Ini disebabkan karena umumnya konsumen tersebut tidak tahu banyak tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang

dibutuhkannya. Dalam hal ini penyedia adalah yang menentukan jenis dan volume pelayanan kesehatan yang perlu dikonsumsi oleh konsumen.

3. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak. Makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering kali dilakukan atas dasar kebutuhan need dan bukan atas dasar kemampuan membayar demand.
4. Eksternalitas, efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan adalah dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Misalnya imunisasi dari penyakit menular akan memberikan manfaat kepada masyarakat banyak atau social marginal benefit yang diperoleh lebih besar dari private marginal benefit. Pelayanan kesehatan yang tergolong pencegahan akan mempunyai eksternalitas yang besar, sehingga dapat digolongkan sebagai “komoditi masyarakat” atau *public goods*. Oleh karena itu program ini sebaiknya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif akan mempunyai eksternalitas yang rendah atau “*private good*” hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunaannya atau pihak swasta.
5. Motif non-profit, umumnya pelayanan kesehatan diselenggarakan dengan motif sosial, namun sekarang terjadi perubahan orientasi, terutama setelah pemilik modal dan dunia bisnis melihat sektor kesehatan sebagai peluang investasi yang menguntungkan. Pendapat yang dianut adalah orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang lain.
6. Padat karya, terdapat kecenderungan spesialis dan superspesialis menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar. Komponen tersebut bisa mencapai 40% – 60% dari keseluruhan biaya.
7. *Mixed output*, paket pelayanan merupakan konsumsi pasien, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasehat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antar individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit.

8. Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi. Pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah investasi jangka pendek maupun panjang karena orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia.
9. Restriksi berkompetisi, artinya terdapat pembatasan praktek berkompetisi. Hal ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna seperti mekanisme pasar untuk komoditi lain. Pada sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi *discount* atau bonus dalam pelayanan kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah Ahsan, Andrianna Bella, Dian Kusuma, Hasbullah Thabrany, Relia Ariany, Rifqi Abdul Fattah, Riki Relaksana, dan Yunita Nugrahani. 2022. *Seri Ekonomi Kesehatan I Pengantar Ekonomi Kesehatan*. Jakarta : PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Ade Fatma Lubis. 2009. *Buku Ekonomi Kesehatan*
- Adisusilo, Sutarjo. 2013. *Pembelajaran Nilai Karakter Konstruksi dan VCT Sebagai Inovasi Pendekatan Pembelajaran Afektif*. Jakarta: PT RajagrafindoPersada
- Arrow, Kenneth J. 1963. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. *American Economic Review*, 53(5): 941-973
- Bagir Manan. 1992. *Dasar-Dasar Perundang-Undangan Indonesia*. Jaakarta : Ind-Hill-Co
- Bhattacharya, J., Hyde, T., Tu, P. 2014. *The Palgrave MacMillan Health Economics*. London: Palgrave Macmillan.
- Beni Peki. 2016. *Konsep dan Analisis Efektivitas Pengelolaan Keuangan Daerah di Era Otonomi. Buku 1*. Jakarta Pusat : Taushia
- Clarke, P., Erreygers, G. 2018. *Introduction to the Special Issue: Contributions to the History of Health Economics*. *Oeconomia*, 8(3), 275-277.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. 2013. *The Economics of Health and Health Care*. (D. Alexander, Ed.), *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey
- Gani, Ascrobat. 1994. *Kemandirian Upaya Kesehatan (Perspektif Ekonomi Kesehatan)*. Jakarta : FKM UI
- Hardayati W, Mulyadi, Daryono. 2011. *Analisis Perilaku Masyarakat terhadap Angka Bebas Jentik dan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Pekanbaru Riau*. *Jurnal Ilmu Lingkungan*. 2011; ISSN 1978-5283.
- Husaini Usman. 2008. *Manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara
- Luthviatin, Novia, dkk. 2012. *Dasar-Dasar Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jember : Jember University Press.

- Mardiasmo. 2017. *Perpajakan Edisi Terbaru*. Yogyakarta. Andi
- Marnah, Husaini, dan Bahrul Ilmi. 2016. *Analisis Perilaku Masyarakat Dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) Di Kecamatan Paminggir*. Jurnal Berkala Kesehatan, Vol. 1, No. 2, Mei 2016 : 130-138
- Mills, Anne & Lucy Gilson. 1990. *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang (Terjemahan)*. Jakarta : Depkes RI
- Munadhir. 2017. *Bahan Ajar Ekonomi Kesehatan*. Makassar : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Pejuang Republik Indonesia
- Murti, B. 2000. *Mekanisme Pasar di Sektor Kesehatan dan Eksternalitas*. Medika, 26(3), 182-184
- Notoatmodjo S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*
- Rimawati, Eti. 2004. *Modul Ekonomi Kesehatan*. S1 Kesmas FKM UDINUS
- Roy Simbel. 2003. *Decisions at The Speed of Light : Strategi Mengambil Keputusan Instan*.
- Špacírová, Z., Epstein, D., García-Mochón, L. Rovira, J., Lima, O. D. L., Espín, J. 2020. *A General Framework For Classifying Costing Methods For Economic Evaluation Of Health Care*. The European Journal of Health Economics, 21, 529–542
- Stock, J. H., Watson, M. W. 2011. *Introduction to Econometrics (3rd Edition)*. New York: Pearson
- Sylvia Rheny . 2022. *Efisiensi Adalah: Pengertian, Sejarah, Konsep, Tujuan, dan Jenisnya*
- Taufiqurokhman. 2008. *Konsep Dan Kajian Ilmu Perencanaan*. Jakarta : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Prof. Dr. Moestopo Beragama
- Tjiptoherijanto P. and Soesetyo, B. 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. 2014. *Chapter 11 - Measuring Costs: The Economics of Health*. In T. H. Tulchinsky & E. A. Varavikova (Eds.), *The New Public Health (Third Edition)* (Third Edit, pp. 575–611). Academic Press

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011. 2011.. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan*

# BAB 3

## EKONOMI MIKRO DALAM KESEHATAN

*Oleh Sulistyani Prabu Aji*

### 3.1 Pendahuluan

Ilmu Ekonomi adalah ilmu yang mempelajari bagaimana orang melakukan dan menetapkan pilihan pada sumber daya produksi yang langka/terbatas untuk kemudian memproduksi berbagai komoditi dan mendistribusikannya ke anggota masyarakat atau konsumen.

Kesehatan merupakan salah satu modal manusia (human capital) yang sangat diperlukan dalam menunjang pembangunan ekonomi. Hal ini dikarenakan kesehatan merupakan prasyarat bagi peningkatan produktivitas.

Ekonomi kesehatan adalah cabang ilmu ekonomi yang secara khusus memfokuskan terapan ilmu ekonomi di bidang kesehatan baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat. (Tjiptoherijanto & Soesetyo, 2008)

Ada dua jenis ekonomi yaitu Ekonomi Makro dan Ekonomi Mikro. Pengertian Ekonomi makro adalah merupakan cabang ilmu ekonomi seputar ekonomi secara keseluruhan, termasuk kinerja, perilaku, hingga proses pengambilan keputusan. Ini juga masih berkaitan dengan penggunaan faktor produksi secara efisien agar tercipta kesejahteraan masyarakat yang maksimal. (Iswanto, 2021)

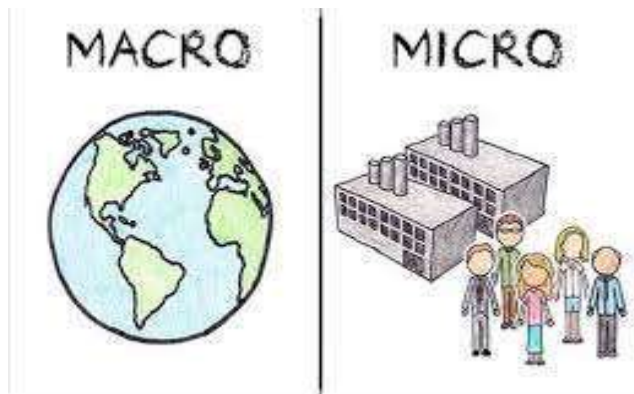
Ekonomi mikro adalah suatu ilmu ekonomi yang menganalisis, melihat proses kegiatan-kegiatan ekonomi. Bahasan lain dari ekonomi mikro adalah mempelajari perilaku produsen dan konsumen beserta penentuan harga pasar, jasa, produk, dan kuantitas faktor input yang diperjualbelikan dalam pasar. (Rimawati, 2014)

Ekonomi mikro adalah ilmu yang mempelajari keputusan individu dan perusahaan untuk mengalokasikan sumber daya produksi, pertukaran, dan konsumsi. (Shaid & Pratama, 2022)

Beberapa aspek analisis dalam ekonomi mikro sendiri diantaranya Model-model pasar, Industri, Analisis manfaat, Teori permintaan, Analisis biaya dan penawaran, Elastisitas, Teori produksi hingga Teori harga. Selain itu ekonomi mikro juga berperan dalam

membuat Kebijakan perusahaan mengenai pengelolaan sumber daya seperti pengelolaan harga.

Adanya kebijakan dalam perusahaan juga dapat menjadikan perusahaan lebih strategis dan inovatif. Ekonomi mikro sangat berperan dalam memprediksi hingga merancang strategi suatu perusahaan kedepannya. Ekonomi mikro akan mempermudah suatu perusahaan dalam memahami Perilaku, kemauan dan kebutuhan konsumen.



**Gambar 3.1** : Ekonomi Makro dan Ekonomi Mikro

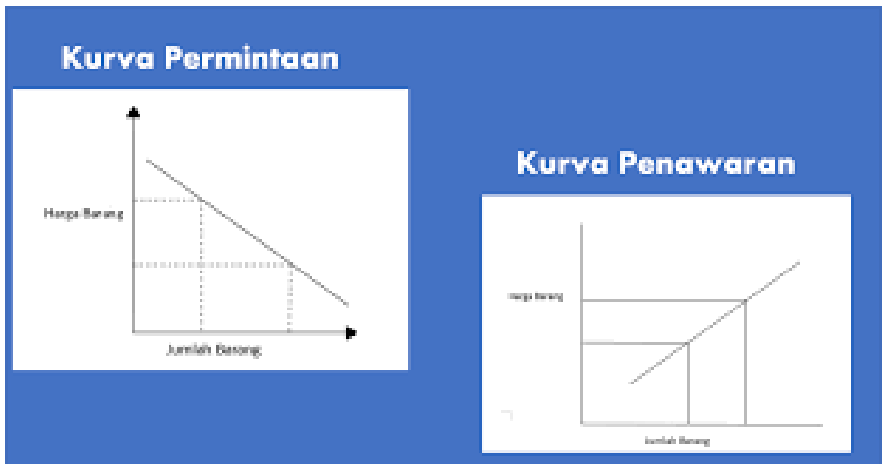
### **3.2 Pengertian Ekonomi Mikro Menurut Ahli**

Ekonomi mikro adalah studi tentang kecenderungan individu membuat pilihan dalam menanggapi perubahan insentif, harga, sumber daya, dan metode produksi.

Mengutip dari buku *Principle of Microeconomics* (2008) karya N Gregory Mankiw, (Mankiw, 2008) Ekonomi mikro adalah ilmu yang membahas tentang peran individu pelaku ekonomi. Yaitu bagaimana rumah tangga dan perusahaan membuat keputusan serta berinteraksi di dalam pasar tertentu. Sementara dikutip dari *Gramedia.com*, (Gramedia.com, 2021) ekonomi mikro adalah ilmu ekonomi yang mempelajari tentang kurva permintaan dan penawaran.

Ekonomi mikro secara langsung dapat berpengaruh pada pengambilan keputusan dalam hal penawaran dan permintaan barang atau jasa. Menurut Adam Smith, ekonomi mikro adalah subyek ekonomi yang bersifat ekonomis rasional. Sehingga mengakibatkan

pelaku ekonomi mempertimbangkan hal rasional dalam mengambil keputusan. (Indrayathi, Noviyani, & Suryatini, 2018).



**Gambar 3.2 :** Kurva Permintaan dan Penawaran

Secara umum, pengertian ekonomi mikro adalah ilmu yang mempelajari kegiatan ekonomi dari produsen dan konsumen dalam penentuan kuantitas, kualitas, dan harga barang atau jasa di pasar. Pelaku ekonomi dalam ekonomi mikro meliputi individu atau perseorangan dan perusahaan.

Keputusan penawaran dan permintaan suatu barang atau jasa dapat diambil dengan cara menganalisis kegiatan dan memproses ekonomi mikro.

Ilmu ekonomi mikro disebut juga teori harga (*price theory*). Hal ini karena setiap barang ekonomi baik *input* maupun *output* pasti akan memiliki harga. Bila barang atau jasa tersebut tidak memiliki harga (*price*) maka teori ekonomi pun pasti tidak ada. Barang *input* dan *output* setiap perusahaan tidaklah sama, tergantung pada pemakainya.

Ekonomi mikro atau yang disebut juga sebagai mikro ekonomi adalah ilmu ekonomi yang mempelajari tentang kurva permintaan dan penawaran yang kemudian turut membantu memahami pula hubungan antara perubahan upah, pola pekerjaan yang sesuai, serta memahami variabel biaya apa saja dalam suatu produksi barang dan jasa.

Menurut Faiotul Himma (Himma, 2022) Di dalam ekonomi mikro terdapat beberapa aspek analisis, di antaranya:

1. Analisis biaya dan manfaat
2. Teori permintaan dan penawaran
3. Elastisitas
4. Model-model pasar
5. Industri
6. Teori produksi
7. Teori harga

Dalam bukunya (Abdhul, 2022) Berikut adalah pengertian Ekonomi Mikro menurut para ahli :

### **3.2.1 Mary A Marchant dan William M Snell**

Ekonomi mikro atau yang disebut juga sebagai mikro ekonomi adalah ilmu ekonomi yang mempelajari tentang kurva permintaan dan penawaran yang kemudian turut membantu memahami pula hubungan antara perubahan upah, pola pekerjaan yang sesuai, serta memahami variabel biaya apa saja dalam suatu produksi barang dan jasa.

Ekonomi mikro dapat menganalisis perilaku kegiatan ekonomi menjadi sebuah keputusan yang nantinya memengaruhi penawaran dan permintaan barang atau jasa tertentu.

Ekonomi mikro juga mempunyai tujuan untuk menganalisis mekanisme pasar dalam menentukan keterbatasan sumber daya dan relativitas harga.

### **3.2.2 David A. Moss**

Ekonomi mikro sebagai Langkah penganalisisan sebuah keputusan yang dibuat oleh individu atau kelompok mulai dari Faktor-faktornya hingga ke pertimbangan akan biaya dan manfaatnya.

### **3.2.3 Adam Smith**

Melihat adanya berbagai pertimbangan rasional dalam pengambilan keputusan yang dipilih oleh pelaku ekonomi.



**Gambar 3.3** : Adam Smith bapak Ekonomi Modern

#### **3.2.4 N. G. Mankiw**

Dalam bukunya ia menulis, pengertian ekonomi mikro adalah ilmu yang membahas tentang peran individu-individu pelaku ekonomi, bagaimana rumah tangga dan perusahaan membuat keputusan, serta bagaimana mereka berinteraksi di dalam pasar tertentu.

#### **3.2.5 Sadono Sukirno**

Dalam buku *Ekonomi Mikro Teori Pengantar*, Sadono Sukirno menyatakan bahwa pengertian ekonomi mikro adalah cabang dari ilmu ekonomi yang mempelajari perilaku konsumen dan perusahaan serta penentuan. Mikroekonomi sendiri berfungsi menganalisis bagaimana segala keputusan dan juga perilaku tersebut mempengaruhi penawaran dan juga permintaan atas barang dan jasa yang akan menentukan harga, menentukan penawaran serta juga permintaan barang dan jasa selanjutnya.

Ekonomi mikro juga mempunyai fungsi sebagai alat untuk menganalisis keputusan dan perilaku kegiatan ekonomi yang akan memengaruhi penawaran dan permintaan atas barang atau jasa. Analisis inilah yang nantinya akan menentukan harga, penawaran, serta permintaan barang atau jasa di pasar.





**Gambar 3.4** : Sadono Sukirno

### **3.2.6 Marshal dan Piqou**

Menurut Marshal dan Piqou, pengertian ekonomi mikro ini ialah tingkat mobilitas yang tinggi didalam pasar sehingga membuat para pelaku ekonomi tersebut dapat langsung beradaptasi atau juga menyesuaikan perubahan-perubahan yang ada di pasar.

### **3.2.7 David Ricardo**

Menurut David Ricardo pengertian ekonomi mikro ini ialah suatu kondisi yang mana para pelaku ekonomi sudah mempunyai informasi mengenai seluk beluk sebuah pasar. Dengan begitu ekonomi makro tersebut merupakan faktor penentu dari pasa ekonomi global.

## **3.3 Teori Ekonomi Mikro**

Menurut Abdul Halim dalam bukunya Teori Ekonomu Mikro (Halim, 2018) Kajian tentang ilmu ekonomi mikro ini memiliki tujuan untuk menganalisis suatu kegagalan keputusan ekonomi. Biasanya, teori ekonomi mikro akan memunculkan analisis rasional serta memunculkan hasil analisis secara teoritis yang memungkinkan pasar persaingan sempurna.

Perilaku ekonomi mikro ini berguna untuk menganalisis pengaruhnya terhadap permintaan dan penawaran produk barang maupun jasa, adanya penentuan harga, serta dapat dipakai untuk menentukan jumlah penawaran dan permintaan selanjutnya.

Selanjutnya, analisis dari kajian ekonomi mikro memungkinkan munculnya penjelasan rasional atau suatu keputusan ekonomi yang

kemudian dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan dalam mengatasi suatu kegagalan dalam pengambilan keputusan ekonomi sebelumnya. Berikut ini, analisis ekonomi mikro atau mikro ekonomi yang dibagi menjadi 4, yaitu teori harga, teori produksi, teori distribusi dan teori konsumsi.

### **3.3.1 Teori Harga**

Analisis ekonomi mikro dengan teori harga ini biasanya dilakukan terhadap proses pembentukan harga, faktor-faktor yang dapat memengaruhi perubahan permintaan dan penawaran, adanya hubungan antara harga permintaan dan penawaran, serta bentuk-bentuk pasar dan konsep elastisitas permintaan dan penawaran.

Teori harga pada ekonomi mikro ini menjelaskan tentang harga keseimbangan antara penjual dan pembeli. Di mana antara penjual dan pembeli melakukan proses tawar-menawar hingga tercapai suatu kesepakatan pada tingkat harga tertentu.

### **3.3.2 Produksi**

Teori yang digunakan untuk analisis ekonomi mikro yang kedua yakni teori produksi. Teori produksi pada ekonomi mikro ini digunakan sebagai dasar dalam menganalisis tingkat dan biaya yang dibutuhkan dari suatu proses produksi.

Analisis tersebut dilakukan kepada semua hal yang berhubungan dengan adanya biaya produksi barang dan jasa. Terjadinya kombinasi faktor ini dalam ekonomi mikro kemudian harus dipilih oleh produsen untuk mendapat keuntungan yang maksimal.

### **3.3.3 Distribusi**

Teori distribusi sebagai aktivitas penyaluran produk dari produsen kepada konsumen akhir melalui beberapa saluran distribusi. Biasanya teori distribusi pada ekonomi mikro ini dipakai sebagai bahan pertimbangan waktu pemesanan, ketahanan produk, dan jaran antara produsen dan konsumen.

Karena pada dasarnya, distribusi bukan hanya tentang menyalurkan suatu produk dari produsen ke konsumen, tetapi juga sebagai usaha promosi dan pengemasan produk.

### 3.3.4 Konsumsi

Teori terakhir dalam ekonomi mikro yakni teori yang mengacu kepada perilaku beragam konsumen dalam konteks memenuhi kebutuhannya. Terjadinya kurva permintaan pasar dinilai sebagai turunan dari kurva permintaan *individual consumer demand*. Terjadinya penurunan kurva didapat melalui pendekatan teori konsumsi.

### 3.4 Tujuan Ekonomi Mikro

Mempelajari ekonomi mikro adalah sangat penting dalam memprediksi hingga merancang strategi suatu perusahaan kedepannya. Ekonomi mikro akan mempermudah suatu perusahaan dalam memahami perilaku, kemauan dan kebutuhan konsumen. (Yuniarta & Purnamawati, 2021).

Adapun beberapa tujuan ekonomi mikro, di antaranya:

1. Mengkaji mekanisme pasar dari beberapa faktor yang ada. Hasil mekanisme ini nantinya akan dapat memengaruhi harga relatif barang atau jasa.
2. Menganalisis setiap kegagalan suatu pasar dan mampu memproduksi hasil yang realistis.
3. Menjelaskan keadaan teoretis yang diperlukan pasar terhadap persaingan pasar sempurna.



**Gambar 3.5 :** Mengkaji Mekanisme Pasar

### 3.5 Ekonomi Mikro di kehidupan Masyarakat

Perilaku produsen dan konsumen yang melakukan kegiatan ekonomi dapat dilihat dari proses ekonomi mikro. Berikut ini contoh ekonomi mikro dalam kehidupan masyarakat di Indonesia.



**Gambar 3.6 :** Contoh Ekonomi Mikro di Indonesia

#### 3.5.1 Permintaan

Permintaan merupakan contoh ekonomi mikro yang pertama. Arti dari permintaan yaitu jumlah barang atau jasa yang mampu dibeli dan diminta konsumen dalam tingkat harga dan dalam waktu tertentu.

Ketika terjadi suatu permintaan, apalagi harga barang atau jasa semakin tinggi, maka jumlah permintaan barang atau jasa pun menurun, begitu juga sebaliknya.

Maka dari itu, dapat disimpulkan bahwa konsumen merupakan pelaku kegiatan ekonomi yang melakukan permintaan terhadap barang ataupun jasa.

#### 3.5.2 Penawaran

Penawaran mempunyai arti jumlah barang atau jasa yang tersedia yang nantinya akan ditawarkan atau dijual kepada pihak produsen atau penjual dengan berbagai tingkatkan harga dan dalam waktu tertentu. Bila harga mengalami kenaikan, maka penawaran pun juga akan meningkat.

Di dalam penawaran, produsen adalah pelaku yang melakukan suatu penawaran.

Teori penawaran adalah semakin tinggi harga, maka semakin naik jumlah barang atau jasa yang ditawarkan, begitu juga sebaliknya.

### **3.5.3 Perilaku Konsumen dan Produsen**

Arti dari perilaku konsumen dan produsen adalah segala kegiatan dan proses individu dalam memilih, mencari, membeli, mengevaluasi, dan menggunakan barang atau jasa dalam pemenuhan kebutuhannya.

### **3.5.4 Harga**

Harga ini berhubungan dengan suatu nilai barang dan diwujudkan dalam bentuk uang. Harga merupakan salah satu bagian dalam *marketing* produk yang menghasilkan keuntungan.

Fungsi dari harga adalah sebagai alat ukur nilai suatu barang atau jasa. Apabila terjadi perubahan harga, faktor yang memengaruhinya adalah kondisi perekonomian, kurva permintaan, dan biaya.

### **3.5.5 Biaya**

Biaya adalah pengeluaran dari perusahaan atau individu supaya dapat memperoleh manfaat yang lebih banyak dari berbagai kegiatan ekonomi yang dilakukan.

Biaya juga dapat memengaruhi perubahan harga barang atau jasa, misalnya biaya bahan baku yang tinggi mengakibatkan harga barang atau jasa tersebut menjadi naik.

Biaya di dalam ekonomi sering disebut sebagai *cost*. Hal ini karena biaya yang dikeluarkan memiliki tujuan untuk menghasilkan output produksi yang targetnya dapat dicapai.

### **3.5.6 Pasar**

Pasar adalah tempat bertemunya penjual dan pembeli serta melakukan transaksi jual beli. Pengertian pasar tidak harus berkaitan dengan bentuk fisik karena pasar atau *market* tidak memiliki letak geografis dan dapat dilakukan secara daring atau *online*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdhul, Y. 2022. *Ekonomi Mikro, Pengertian, Ruang Lingkup dan masalahnya*. Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Gramedia.com. 2021. Retrieved from Literasi Ekonomi Mikro: <https://www.gramedia.com/literasi/ekonomi-mikro/>
- Halim, M. A. 2018. *Teori Ekonomi Mikro*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Himma, F. 2022. *ilmu Ekonomi Mikro*. Retrieved from majoo.id: <https://majoo.id/solusi/detail/ekonomi-mikro>
- Indrayathi, P. A., Noviyani, R., & Suryatini, N. S. 2018. *Ekonomi Kesehatan*. Bali: Kurikulum PS IKAM Study Guide Universitas Udayana.
- Iswanto, H. 2021. *Ekonomi Kesehatan : Konsep, Teori dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Pers (Raja Grafindo Persada).
- Mankiw, N. G. 2008. *Principles of Microeconomics (Study Guide)*. United States.
- Rimawati, E. 2014. *Modul Ekonomi Kesehatan*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro (UDINUS) Semarang.
- Shaid, N. J., & Pratama, A. M. 2022. *Pengertian Ekonomi Mikro, Tujuan dan Contohnya*. Retrieved from Kompas.com: <https://money.kompas.com/read/2022/01/17/161100926/pengertian-ekonomi-mikro-tujuan-dan-contohnya?page=all>
- Tjiptoherijanto, P., & Soesetyo, B. 2008. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Yuniarta, G. A., & Purnamawati, I. A. 2021. *Ekonomi Mikro Suatu pengantar*. Depok: PT Raja grafindo Persada.

# BAB 4

## TEORI SUPPLY DAN DEMAND

*Oleh Dewi Sayati*

### 4.1 Pendahuluan

Dalam menganalisis *supply* dan *demand*, kita tidak dapat membahas langsung secara bersamaan yaitu bagaimana atau sejauh mana *supply* dan *demand* dapat dari bergesernya beberapa elemen penentu. Dalam mengkaji *supply*, dimisalkan elemen-elemen lain tidak berubah, maka pertama yang harus dilihat adalah pengaruh terhadap pergeseran harga terhadap kuantitas produk/jasa yang disediakan oleh produsen. Sedangkan dengan adanya *demand* belum dapat dikatakan telah menentukan ketentuan dalam mewujudkan sebuah kesepakatan. *Demand* dapat terwujud apabila penyedia dalam menawarkan produk/jasa adalah yang paling dibutuhkan oleh masyarakat. (Sukirno S., 2017)

### 4.2 Supply

#### 4.2.1 Pengertian

*Supply* = apa yang disediakan. *Supply* adalah kuantitas produk/jasa yang diproduksi dan kemudian ditawarkan produsen untuk dikonsumsi oleh konsumen pada tingkat harga yang bervariasi pada spesifik periode. Pada ilmu ekonomi, *supply* dipasangkan secara simetris dengan *demand*. Kuantitas produk/jasa yang disediakan oleh penjual sesuai dengan kebutuhan pemakai/konsumen tampaknya ditentukan dari spesifik faktor ekonomi. (Lubis A.F., 2009)

Menurut Depkes RI (2009), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya layanan kesehatan yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi yaitu berupa layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan dilengkapi fasilitas sarana prasarana kesehatan. Jadi inti dari pelayanan kesehatan adalah upaya komprehensif diselenggarakan sendiri atau secara

bersama-sama guna untuk mencapai tujuan pembangunan nasional yaitu meningkatkan dan menjaga derajat kesehatan. (Azwar Azrul, 2010)

*Supply* dalam layanan kesehatan berupa penyediaan layanan kesehatan dari dokter, perawat, teknisi, dan para asistennya yang termasuk dalam tenaga kesehatan untuk perorangan, kelompok, dan masyarakat dengan dilengkapi fasilitas atau sarana prasarana kesehatan yang memadai (Mahardika R., 2018)

#### **4.2.2 Fungsi *supply***

*Supply* dalam produksi dapat berfungsi untuk mengilustrasikan antara keluaran berupa layanan kesehatan yang bermutu dan bahan (*resources*) yaitu segala yang dipakai untuk menghasilkan produk/jasa. *Supply* juga berfungsi untuk mengandengkan antara penyuplai dengan beraneka ragam faktor yang dipengaruhinya.

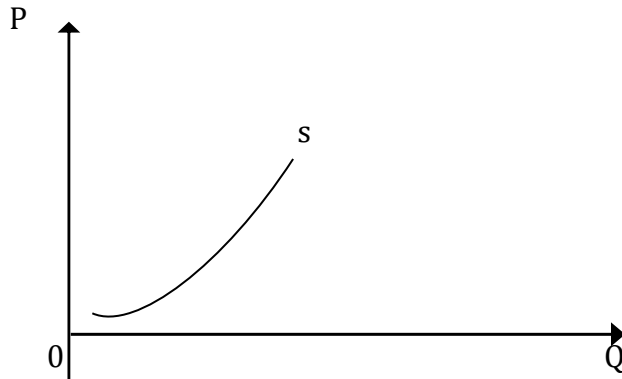
#### **4.2.3 Hukum penawaran (*supply*)**

Hukum *supply* didiskripsikan bahwa ketika harga naik, mensyaratkan meningkatnya *supplier* dengan peningkatan kuantitas/jumlah dari barang (Dodge, 2014). Apabila terjadi perubahan pada harga (harga naik), maka akan diasumsikan kuantitas yang ditawarkan akan bertambah.

#### **4.2.4 Grafik *supply***

Grafik *supply* adalah kurva yang mengilustrasikan suatu hubungan antara kuantitas yang disediakan ( $Q$ ) terhadap harga produk/jasa ( $P$ ). Daftar *supply* = tabel yang menampilkan ilustrasi terhadap nilai-nilai tentang kontribusi/kaitan antara harga dan kuantitas produk yang telah disediakan oleh penyedia/penjual. (Kurniawan dan Budhi, 2015)





**Gambar 4.1** : Kurva *Supply* (Penawaran)

#### 4.2.5 Elemen-elemen yang dapat mempengaruhi *supply* layanan kesehatan

Terdapat beberapa elemen yang dapat mempengaruhi penyediaan layanan kesehatan, yaitu seperti :

##### 1) Fungsi *supply*

##### a) Bea pembuatan produk dan IPTEK yang dipakai

Apabila bea pembuatan suatu produk/jasa semakin tinggi, maka produsen akan memproduksi produk/jasa akan sedikit dengan harga jual yang tinggi. Hal ini dikarenakan khawatir produk/jasa tidak terjual, sebab tidak mampu bersaing dengan produk/jasa bentuk dan jenisnya sama akan tetapi harga lebih rendah. Dengan terciptanya IPTEK yang maju dan muktahir, yakin dan percaya dapat membantu mengurangi bahkan meminimalisir bea produksi, dengan demikian memicu harga menjadi turun. Hal ini dikarenakan IPTEK yang maju dan mutakhir dapat lebih efisien dan efektif.

##### b) Tujuan Perusahaan

Tujuan perusahaan adalah memaksimalkan laba. Apabila terdapat perbedaan dalam tujuan, maka akan berakibat pada kuantitas produksi. Hal ini akan mempengaruhi *supply* dikarenakan terdapat tujuan perusahaan yang berbeda. Namun apabila penyedia layanan kesehatan mau produknya sangat dibutuhkan dan diakui baik secara nasional maupun internasional maka penyedia layanan kesehatan harus

menaruh nilai yang kecil dengan tingkat laba yang tidak terlalu besar pula, sehingga dapat menarik minat konsumen.

c) Pajak

Pajak dapat mempengaruhi penetapan harga yang dilakukan para produsen. Pajak tinggi akan menyebabkan nilai jual jadi lebih tinggi, sehingga perusahaan menyediakan produk tidak terlalu banyak akibat *demand* pembeli yang menjadi rendah. Pelayanan kesehatan juga dituntut agar dapat mempertahankan keuntungan.

d) Penyediaan dan nilai produk pengganti atau pelengkap

Pemakai barang/jasa akan berganti ke barang lain apabila ada barang pesaing yang serupa dengan nilai yang kecil, sehingga menjadi turun. Hal ini akan berakibat pada penyediaan pun akan dikurangi. Begitu juga yang akan terjadi dengan pelayanan kesehatan.

e) Estimasi harga yang akan datang

Pada saat harga jual tinggi di masa yang akan datang, perusahaan atau penyedia layanan kesehatan akan mempersiapkan diri dengan membuat keluaran produksi lebih banyak dengan maksud agar bisa menyediakan/menjual lebih banyak pada saat harga jual tinggi yang diakibatkan oleh beragam elemen.

2) Fungsi produksi

Produksi berfungsi untuk mendeskripsikan hubungan antara keluaran dari layanan yang dilakukan terhadap elemen masukan yang ada. Elemen masukan/input adalah semua hal yang dibutuhkan dalam menyelenggarakan layanan kesehatan. Elemen input dari produksi dapat mempengaruhi *supply* dalam layanan kesehatan yakni :

a) *Man* (Tenaga)

*Man* merupakan aspek yang sangat penting dalam sebuah organisasi. Dalam institusi pelayanan kesehatan, *man* memiliki kontribusi dan peran yang sangat penting, salah satu kontribusi dan peran dalam institusi pelayanan kesehatan adalah yang akan menentukan mutu.

b) *Money* (Dana)

*Money* atau modal yang dibutuhkan adalah untuk melakukan produksi. Apabila ketersediaan dana berkurang, maka akan cenderung menurunkan produksi dan berakibat terhadap pencapaian target.

c) *Material* (Sarana dan prasarana)

*Material* merupakan bagian dari suatu organisasi yang dipergunakan untuk proses produksi atau penyelenggaraan layanan kesehatan. Apabila *material* tidak sesuai dengan standar yang telah ditentukan, maka tidak dapat menghasilkan produk/jasa yang berkualitas.

d) *Method* (Metode)

*Method* dipergunakan untuk dapat mempermudah dalam pemecahan atau solusi jika terdapat suatu permasalahan yang sering terjadi bahkan berulang kali. *Method* dapat berupa kebijakan yang mencakup pedoman, peraturan, dan prosedur yang ditetapkan untuk mendukung pencapaian dalam sasaran produksi. Prosedur kerja dalam layanan kesehatan adalah berupa SOP (*Standard Operating Procedure*), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan lain sebagainya.

e) *Machine* (Peralatan)

*Machine* sangatlah diperlukan terutama dalam produksi, karena penggunaan *machine* dapat mempermudah proses produksi atau dapat menghasilkan efektivitas yang sangat besar dan juga dapat memberikan efisiensi dalam proses kerja membuat produk. Peralatan dalam layanan kesehatan adalah alat medis yang dipergunakan untuk membantu dalam proses pelaksanaan terhadap layanan kesehatan. Di antaranya yaitu, beaker glass/gelas beaker/ gelas piala, gelas ukur, corong gelas, pengaduk kaca, karet penghisap, cawan porselin, rak tabung reaksi, sentrifus, urine analyze, mikroskop, blood gas analyzer, dlsb yang ada di laboratorium, peralatan termometer, tensimeter, timbangan, alat tes gula darah, inhaler dan nebulizer, tabung oksigen, pulse oximeter, tempat tidur opname, dan lain-lain sebagai alat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan.

f) *Market* (Pasar)

*Market* merupakan tempat bertemunya antara penyedia dan pemakai. Pada layanan kesehatan, maka *market* berupa wilayah kerja layanan kesehatan yang ditetapkan berdasarkan proses segmentasi, penargetan, penentuan posisi (STP) dan lain-lain.

g) *Technology*

Memiliki *technology yang maju dan mutakhir dalam* melaksanakan layanan kesehatan, dapat lebih mempermudah dalam bekerja dan lebih efisien serta efektif dalam pencapaian target yang diinginkan.

h) *Time* (Waktu)

*Time* merupakan ukuran waktu yang bisa membantu dalam meningkatkan keefektifan suatu proses produksi. Terhadap layanan kesehatan, *time* merupakan ukuran waktu yang dipakai dalam pemberian layanan kesehatan.

i) *Information*

*Information* merupakan kumpulan berita atau data kemudian dikelola agar dapat bermanfaat bagi yang mendapatkannya. *Information* sebagai penunjang dalam pemberian layanan kesehatan. *Information* dapat berbentuk seperti pamphlet, leaflet, spanduk, dan lain-lain, dan juga dapat melalui media elektronik yaitu internet.

3) Elemen pokok *input* dalam *supply* layanan kesehatan

Tidak semua elemen pokok *input* dalam produksi memiliki kontribusi dan peran yang amat penting dalam menghasilkan layanan kesehatan yang bermutu atau tidaknya pada pengguna layanan kesehatan. Dari elemen *input* tersebut yakni 6M, 2T, dan 1I, hanya dua elemen memiliki peranan yang amat penting, yaitu *Man* dan *Machine*. Walaupun elemen *input* yang lainnya juga yang memiliki peranan dalam *Supply* layanan kesehatan dan elemen ini tetap harus ada. Apabila terdapat elemen yang hilang, maka keluaran menjadi kurang optimal dan tidak bermutu.

#### 4.2.6 Elastisitas *supply*

##### 1. Pengertian

Kuantitas sediaan produk/jasa akan berbeda apabila terjadi pergeseran harga. Skala kuantitatif sebagai akibat pergeseran harga terhadap perubahan kuantitas barang/jasa yang disediakan dinamakan elastisitas *supply*. (Sukirno S., 2017).

Elastisitas *supply* adalah angka yang menunjukkan berapa banyak kuantitas produk yang disediakan akan bergeser, apabila harga produk bergeser sebanyak satu persen. (Sayati Dewi & Theus Timo Padmo, 2017)

##### 2. Berbagai jenis elastisitas *supply* :

###### 1) Inelastis (tidak elastis)

Inelastis terjadi jika pergeseran nilai produk, maka wujudnya akan berakibat pada pergeseran kearah lebih kecil atas *supply*

###### 2) Elastis

Elastis terjadi apabila pergeseran harga produk, maka wujudnya akan berakibat pergeseran kearah lebih besar atas *supply*

###### 3) Elastis Uniter

Adalah grafik garis lurus yang bermula dari titik nol. Elastis uniter terjadi pada kasus khusus.

###### 4) Inelastis Sempurna

Inelastis Sempurna terjadi apabila grafik *supply* sejajar dengan garis vertical. Artinya penyedia tidak akan menambah penyediaannya sekalipun nilainya semakin naik.

###### 5) Elastis Sempurna

Elastis Sempurna terjadi jika penyedia mau menjual produknya secara keseluruhan pada suatu nilai tertentu.

##### 3. Faktor-faktor penentu elastisitas *supply*

- 1) Kemampuan penyedia dalam merubah kuantitas produksi  
Apabila terjadi perubahan kuantitas produksi berdsarkan kemampuan penyedia, maka akan berpengaruh dengan

biaya dan kapasitas produksi. *Supply* cenderung tidak elastis jika terjadi dengan :

- Kenaikkan kuantitas *supply* yang besar, maka berpengaruh terhadap biaya produksi
- Atau penambahan kapasitas akan memerlukan pabrik/mesin baru., jika semua produksi telah terpakai penuh.

2) Jangka waktu analisis

- Terlalu singkat
- Singkat
- Lama

3) Pasokan persediaan

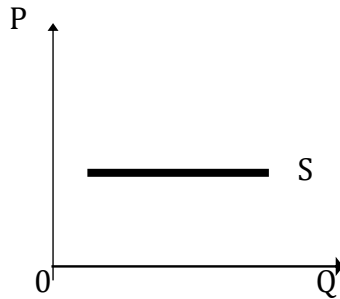
Persediaan bertambah banyak, maka bertambah elastis dengan *supply*.

4) Keringanan substitusi elemen masukan/pembuatan

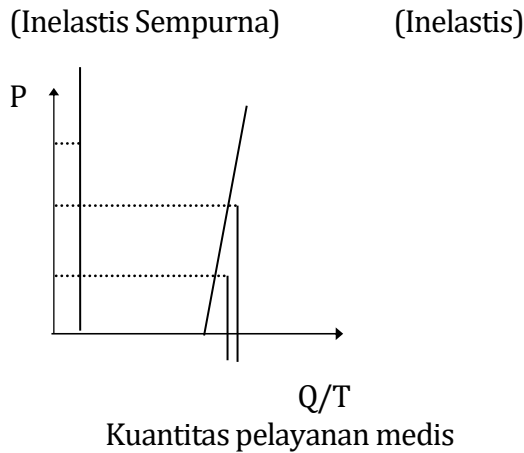
Dengan bertambah tingginya mobilitas peralatan (atau kapital lainnya) dan sumber daya manusia, maka akan bertambah elastis persediaan. Dengan demikian produsen dalam memenuhi pergeseran terhadap *demand* akan semakin mudah.

4. Elastisitas *Supply* dalam Layanan Kesehatan

Elastisitas *supply* ( $E_s$ ) merupakan presentase pergeseran kuantitas produk yang disediakan akibat dari adanya pergeseran nilai itu sendiri. Sifat *supply* dalam pelayanan kesehatan adalah relatif inelastis. Keadaan dimana penyediaan inelastis di sebabkan oleh biaya meningkat yang harus dibayarkan oleh pemakai pelayanan kesehatan lebih besar, sementara pelayanan kesehatan yang dapat diberikan sangat minim. Biaya pelayanan kesehatan tersebut cenderung meningkat terus, hal ini dipengaruhi oleh inflasi karena tidak bisa dipungkiri teknologi dalam dunia kesehatan berkembang dan maju seiring dengan kemampuan manusia yang semakin meningkat.



**Gambar 4.2 :** Kurva Elastisitas *Supply* (Penawaran)



**Gambar 4.3 :** Kurva Inelastis Sempurna dan Inelastis *Supply* (Penawaran) Pelayanan Kesehatan

## 4.3 Demand

### 4.3.1 Pengertian

*Demand* merupakan beragam campuran dari nilai, kuantitas yang memperlihatkan keinginan dan pemakai dapat membeli sesuatu produk pada berbagai tingkat harga untuk suatu periode tertentu (Lubis Ade Fatma, 2009). *Demand* juga merupakan sebuah konsep penting dalam ekonomi, termasuk ekonomi kesehatan. *Demand* pada dasarnya adalah seberapa besar keinginan konsumen atas suatu barang atau jasa. *Demand* adalah hubungan antara

jumlah suatu barang atau jasa yang konsumen ingin dan mampu membeli walaupun dengan harga yang bervariasi. (Iswanto A. Heri, 2021). *Demand* atau permintaan adalah kuantitas dari suatu produk yang ingin dan mampu dibeli pada berbagai tingkatan harga dalam periode tertentu, dengan harapan tidak akan ada yang berubah terhadap berbagai hal lain (*ceteris paribus*). *Demand* Pelayanan Kesehatan adalah produk atau pelayanan kesehatan sesungguhnya dibeli pasien/*customer* karena pelayanan kesehatan tersebut dibutuhkan dan diinginkan oleh mereka untuk lebih sehat yang disertai juga dengan daya beli yang dimiliki oleh pasien/*customer*. *Demand* terhadap layanan kesehatan dapat juga dipengaruhi oleh pendapat para tenaga medis yaitu dokter, dan juga elemen lain seperti penghasilan pasien/*customer* dan tingginya harga obat. (Mahardika R., 2018)

#### 4.3.2 Fungsi *demand*

A. Fungsi *demand* adalah *demand* yang ditunjukkan dalam suatu hubungan secara matematis dengan elemen-elemen yang mempengaruhinya, sehingga akan diketahui adanya hubungan tidak bebas (*dependent variable*) dengan variabel bebas (*independent variable*). Sifat khusus yang dimiliki oleh fungsi *demand* yaitu :

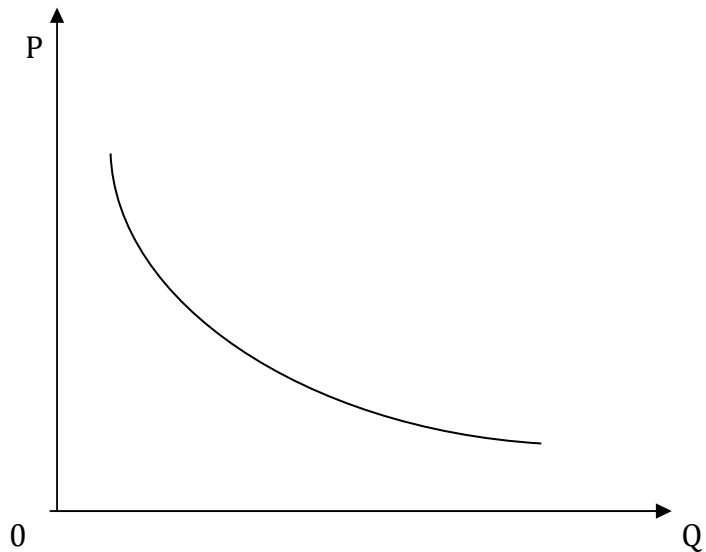
- 1) Memiliki sifat negatif. Hal ini dilihat dari, apabila harga  $p$  bertambah, maka kuantitas  $q$  akan berkurang, begitu juga sebaliknya. Hingga suatu saat nilai  $p$  akan menyentuh titik tertinggi (harga maksimal), titik  $q$  akan menyentuh titik terendah (barang tidak ada), sebaliknya,  $q$  akan menjadi barang bebas jika titik  $p$  mencapai titik terendahnya (harga 0 atau gratis).
- 2) Tidak dapat memiliki nilai negatif dan tidak juga bernilai tak terhingga di titik-titik pada fungsi *demand*. Artinya fungsi *demand* akan selalu terletak di kuadran I.
- 3) Dapat berbentuk linier atau grafik.

Fungsi *demand* memiliki fungsi satu-satu, maksudnya, pada satu titik  $p$  cuma untuk satu titik  $q$ , begitu juga sebaliknya. Contohnya, pada titik dimana harga ( $p$ ) sebesar Rp. 500,00, kuantitas barang ( $q$ ) yang diminta adalah 5 buah; pada titik dimana harga ( $p$ ) sebesar Rp. 100,00 kuantitas barang yang diminta naik menjadi 10 buah. (Mahardika R., 2018)



## B. Persamaan Fungsi *Demand*

Besar kecilnya kuantitas barang ( $Q_d$ ) bergantung pada tinggi rendahnya harga ( $p$ ). Hal ini terlihat antara harga ( $P$ ) suatu produk dan kuantitas yang ingin dibeli ( $Q_d$ ) dan terlihat hubungan fungsional yang kurang lebih tetap. Dikatakan kuantitas yang ingin dibeli merupakan fungsi dan harga dan hubungan tersebut secara matematik dapat dinyatakan dalam bentuk semua persamaan, yang bila digambarkan dalam grafik menjadi grafik *demand*. Garis melengkung yang menyerupai bentuk hiperbola.



**Gambar 4.4 :** Kurva *Demand* (Permintaan)

Faktanya, sangat tidaklah mudah dalam menentukan bentuk dan posisi grafik *demand* akan suatu produk. Kita hanya dapat memastikan bagaimana tepatnya grafik *demand* dan begitu juga persamaannya atas dasar suatu penelitian pasar melalui bantuan statistika. Kita harus mengumpulkan informasi di berbagai tempat dan waktu berapa kuantitas dan produk tertentu yang ingin dibeli oleh pemakai di berbagai tingkat harga. Informasi yang didapat dapat dihitung dengan bantuan statistika yaitu dihitung garis rata-rata (garis, regresi, dan diagram tebar) yang dapat mendekati (mencerminkan) keadaan nyata yaitu menghasilkan grafik *demand* yang “bagus” seperti contoh di atas. Namun tanpa bantuan statistika

maka Informasi yang diperoleh belum tentu menghasilkan sebuah grafik *demand* yang “bagus” seperti contoh di atas.

Equilibrium : terjadi pada tinggi rendahnya harga dan kuantitas dimana kekuatan yang bertemu di pasar berada dalam keadaan seimbang (jkuantitas yang diminta = kuantitas yang disediakan). (Sayati Dewi & Theus Timo Padmo, 2017)

#### **4.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan (*demand*)**

*Demand* yang diinginkan oleh konsumen terhadap suatu produk atau jasa beberapa elemen. Elemen-elemen penting tersebut adalah :

- 1) Nilai produk itu sendiri (biaya kesehatan)
- 2) Nilai produk lain yang erat kaitannya dengan produk tersebut
- 3) Pendapatan konsumen
- 4) Distribusi pendapatan dalam masyarakat
- 5) Cita rasa konsumen
- 6) Jumlah penduduk
- 7) Isu-isu terkini

(Mashudi Djohan, dkk, 2017)

#### **4.3.4 Elemen-elemen yang mempengaruhi tinggi rendahnya *demand***

- 1) Perilaku/selera pemakai.  
Sebelum pademi covid-19, jenis masker biasa banyak juga yang berminat dan membeli namun bukan merupakan kebutuhan yang vital. Tetapi pada saat pademi covid-19 sampai saat ini (2022), masker sudah merupakan kebutuhan yang vital. Namun jenis masker biasa mulai sedikit peminat dan membeli selain harganya mahal dan juga bahannya yang agak tipis. Lagian karena telah ada merk dan jenis yang baru yaitu masker medis dan masker N95.
- 2) Ketersediaan dan tingkat harga produk sejenis pengganti dan pelengkap.  
*Demand* terhadap meises, selai dan mentega akan menurun, apabila harga roti tawar melambung tinggi atau bahkan tidak ada persediaan.
- 3) Pendapatan/penghasilan pemakai.

Pemakai yang berpenghasilan dan atau memiliki tunjangan tinggi dapat membeli banyak produk yang diinginkan maupun yang dibutuhkan, tetapi sebaliknya pemakai yang berpenghasilan rendah, maka akan mengurangi pemakaian produk yang biasa dibeli.

4) Estimasi harga di masa depan

Pemakai akan membeli sangat banyak ketika harga produknya masih rendah. Tetapi sebaliknya bila harga diperkirakan akan naik, maka pemakai akan mengurangi pembelian.

5) Intensitas kebutuhan pemakai/pembeli.

*Demand* terhadap menu untuk berbuka puasa pada bulan Ramadhan seperti belewah, timun suri, cincau, dawet, semangka, sirup, es batu, kurma dan lain sebagainya akan sangat meningkat jika dibandingkan dengan selain bulan ramadhan.

(Sayati Dewi & Theus Timo Padmo, 2017)

Menurut Michael Grossman dalam *health care economics second edition*, terdapat 2 alasan pemakai dalam hal *demand* terhadap kesehatan yaitu:

1) Kesehatan sebagai komoditas konsumsi

Pemakai dapat bekerja secara fisik dengan bebas dengan tidak terganggu oleh kesehatannya sendiri.

2) Kesehatan sebagai sebuah investasi

Kuantitas waktu yang ada ditentukan oleh kondisi kesehatan bagi seseorang. Seseorang sakit dengan waktu yang lama, maka akan berpengaruh pada kuantitas waktu yang dapat ia miliki untuk bekerja dan beraktifitas lainnya.

#### **4.3.5 Elemen-elemen yang dapat mempengaruhi *demand* pemakai terhadap pelayanan medis**

Konsumen yang paling penting terhadap jasa kesehatan adalah Pemakai atau *customer*, hal ini dikarenakan *customer* sangat mempengaruhi kuantitas *demand* terhadap layanan kesehatan serta sebagai penentu sebuah mutu dari pelayanan kesehatan yang telah diterimanya. Elemen-elemen tersebut dapat dilihat baik dari segi pemakai atau *customer* maupun dari pihak penyedia layanan medis.

#### A. Segi pemakai atau *customer*

##### 1. Elemen kejadian sakit (*incidence of illness*)

Hal ini dapat dilihat dari umur dan jenis kelamin. Umur bertambah, maka kuantitas kasus penyakit semakin meningkat, dimana penyakit pada pertambahan umur beresiko menderita penyakit kronis sehingga akan membutuhkan pelayanan kesehatan semakin tinggi. Kebutuhan pelayanan kesehatan pada jenis kelamin perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Misalnya : kebutuhan akan persalinan.

##### 2. Faktor karakteristik budaya dan demografi (*culturaldemographic characteristics*)

Faktor dari karakteristik budaya dan demografi, seperti jenis kelamin, umur, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga, pendidikan, dan preferensi pasien.

##### 3. Elemen ekonomi (*economic factors*).

1) Pendapatan.

2) *Price*

3) Jaminan atau asuransi kesehatan.

4) Nilai waktu bagi pasien

#### B. Segi penyedia layanan medis

Sebagai tenaga medis, dalam hal ini seorang dokter, harus dapat menyesuaikan dengan kebutuhan medis dan keuangan yang dimiliki oleh pemakai/*customer* sebelum melakukan pelayanan kesehatan kepadanya.

(Mahardika R., 2018)

#### 4.3.6 Hukum *demand*

Hukum *demand* dideskripsikan bahwa ketika harga suatu produk/jasa makin tinggi maka makin tinggi *demand* terhadap suatu produk/jasa, atau sebaliknya makin rendah harga suatu produk/jasa, maka makin rendah *demand* terhadap suatu produk/jasa. Jika semua asumsi diabaikan (*ceteris paribus*) : ketika harga semakin menurun maka *demand* terhadap suatu barang akan bertambah banyak dan atau sebaliknya. Jika harga semakin rendah/murah, maka penawaran akan semakin sedikit atau sebaliknya. Hal ini dapat terjadi karena para pemakai ingin mencari kepuasan (*profit*) setinggi-tingginya dari harga yang ada.

Pemakai mungkin akan membeli sedikit apabila harga terlalu tinggi karena uang yang dimiliki terbatas, akan tetapi bagi penyedia dengan meningkatnya harga akan bersaha memperbanyak produk yang dijual atau dibuat supaya menghasilkan *profit* yang bertambah besar. Pemakai akan mencari produk lain sebagai pengganti barang yang harganya mahal, hal ini disebabkan karna harganya yang tinggi.

#### **4.3.7 Pergeseran dalam *demand***

Kaitan antara “harga” suatu produk/jasa dan “kuantitas yang diminta” merupakan inti dari pengertian *demand* yang dibicarakan sampai sekarang, jika P sebagai akibat dari perubahan P. hubungan tersebut dapat terlihat dan arah grafik yang turun ke kanan bawah pada grafik *demand* : jika harga produk turun, maka kuantitas yang ingin dibeli bertambah, dan kita berjalan dari titik satu ke titik yang lain pada grafik *demand* yang sama seperti telah digambarkan itu.

#### **4.3.8 Elastisitas *demand***

Istilah elastisitas dipergunakan dalam menyatakan bahwa peka atau tidaknya kuantitas yang ingin dibeli terhadap pergeserann harga, tepatnya elastisitas harga (*Price elasticity of demand*), jika :

- 1) Pemakai harus dapat melihat atau peka akan pergeseran harga suatu produk, *demand* akan produk itu disebut “Elastis”. Ini berarti pergeseran harga yang kecil menyebabkan pergeseran yang relatif (lebih) besar dalam kuantitas yang diminta. Seperti contoh berikut : harga naik 20%, akibatnya kuantitas produk yang akan di beli menurun dengan persentase yang lebih besar, misalnya 40%.
- 2) Pemakai tidak terlalu banyak mengetahui harga suatu produk tertentu, *demand* akan produk itu disebut “inelastis”. Ini berarti bahwa walaupun harga naik (relatif) cukup besar, akan tetapi kuantitas yang mau dibeli hampir tidak berkurang; namunkalau harga produk turun, kuantitas yang diminta hampir tidak bertambah. Contohnya : harga turun 20% menyebabkan pertambahan dalam jumlah yang diminta relatif lebih kecil, misalnya hanya 10%. Hal ini terutama terjadi pada bahan-bahan kebutuhan hidup pokok seperti beras, gula, garam, dll.

### 4.3.9 Konsep elastisitas *demand*

Adalah angka yang menunjukkan perubahan relatif dalam jumlah unit barang yang dibeli. Elastisitas permintaan dibedakan menjadi tiga konsep:

- 1) Elastisitas *demand* harga
- 2) Elastisitas *demand* silang
- 3) Elastisitas *demand* pendapatan

Koefisien elastisitas adalah sebuah konsep elastisitas *demand* yang dapat diukur dan dinyatakan dalam satu angka. dengan bantuan rumus yang sederhana dapat menghitung besar kecilnya koefisien elastisitas *demand*. Manfaat yang dimiliki oleh konsep elastisitas *demand* terhadap aplikasi kebijakan ekonomi kesehatan yaitu untuk melihat pergeseran pengaruh dan kenaikan harga.

#### 1. Bentuk-bentuk dari elastisitas *demand*

- 1) Inelastis (Tidak elastis) / ( $E_d < 1$ )  
Pergeseran terhadap *demand* (dlm persentase) lebih kecil dari pada pergeseran harga.
- 2) Elastis ( $E_d > 1$ )
- 3) Elastis Unitari ( $E_d = 1$ )  
Demand akan turun 10%, apabila harga naik 10%.
- 4) Inelastis Sempurna ( $E_d = 0$ )/Tidak elastis sempurna  
Orang akan tetap membeli kuantitas produk yang dibutuhkan berpapun harganya.
- 5) Elastis Sempurna / Tak Terhingga ( $E_d = \infty$ )  
Pergeseran harga sedikit saja, menyebabkan pergeseran *demand* tidak terbilang besarnya.  
(Lubis Ade Fatma, 2009)

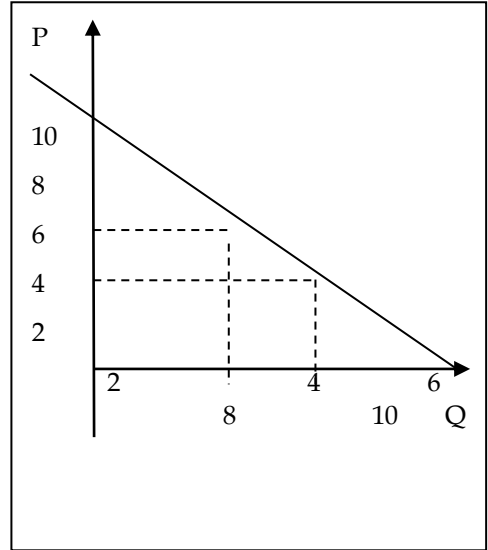
#### 2. Elemen-elemen utama dalam menentukan elastisitas *demand*

- 1) Produk substitusi
- 2) Presentase pendapatan yang dibelanjakan
- 3) Produk mewah versus kebutuhan
- 4) Jangka waktu *demand* dianalisis

Curamnya grafik *demand* bukanlah merupakan pedoman yang baik dalam menentukan elastisitas *demand*. Curamnya grafik dapat ditentukan oleh skala yang dipakai. Kebanyakan grafik *demand* kelihatan menanjak pada harga tinggi dan lebih mendatar pada harga rendah (seperti pada gambar).

P	Q	PxQ
10	1	10
9	2	18
8	3	24
7	4	28
6	5	30
5	6	30
4	7	28
3	8	24
2	9	18
1	10	10

E > 1



## DAFTAR PUSTAKA

- Sukirno S., 2017. Mikroekonomi. Teori Pengantar. Edisi Ketiga. Jakarta : Rajawali Pres.
- Lubis Ade Fatma, 2009. Ekonomi Kesehatan. Cet. 1 – Medan : USU Press
- Mahardika Rahardi, 2018. Ekonomi Kesehatan. Yogyakarta : Samudra Biru
- Dodge Eric R., 2014. Microeconomics. Mc Graw – Hill Education
- Kurniawan Paulus dan Budhi Made K.S., 2015. Pengantar Ekonomi Mikro & Makro. Yogyakarta : CV. Andi Offset
- Sayati Dewi & Theus Timo Padmo, 2017. Ekonomi Kesehatan. Bahan Ajar. STIK Bina Husada Palembang
- Mashudi Djohan, dkk., 2017. Pengantar Teori Ekonomi. Yogyakarta : Gosyen Publishing



# BAB 5

## PEMERATAAN KESEHATAN

*Oleh Abdurohim*

### 5.1 Pendahuluan

Setiap warga negara yang berdomisili di Indonesia memiliki hak untuk memperoleh fasilitas kesehatan (Ramadan *et al.*, 2021), baik ringan, sedang maupun berat tanpa terkecuali, hal ini bisa dipahami mengingat kesehatan merupakan layanan dasar yang dibutuhkan oleh masyarakat dari pemerintah. Pemerintah diberikan mandat oleh rakyat untuk mengelola negara dalam rangka mengurus ketersediaan sandang, pangan, papan serta kesehatan (Susanti & Sari, 2021).

Penyelenggaraan layanan kesehatan dilakukan pemerintah maupun swasta dalam bentuk penyediaan Rumah Sakit, praktek dokter maupun klinik (Hermanto *et al.*, 2019). Namun sebaliknya di daerah pedesaan serta pedalaman maupun perbatasan layanan kesehatan belum memadai, bahkan mereka harus menjaga kesehatannya melalui berbagai pengobatan tradisional (Mohamad, 2021).

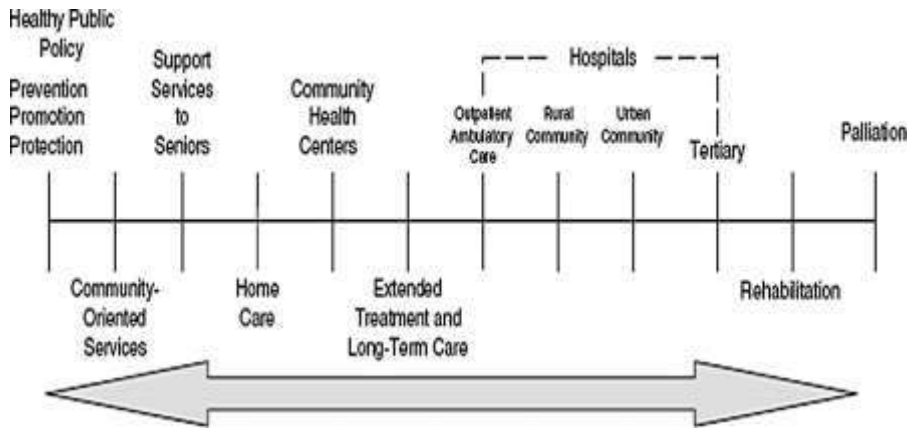
Ketersediaan infrastruktur kesehatan mulai dari dokter, tenaga perawat, rumah sakit, puskesmas juga belum merata disediakan dan dibangun oleh pemerintah, mengingat pendidikan dokter, perawat masih kurang diluluskan setiap tahun, berbeda halnya dengan kelulusan sajana lainnya, yang setiap tahunnya mencetak para sarjana dengan jumlah besar (Melati Hutaeruk & Br Gurning, 2020). Hal ini bisa dipahami sebab profesi dokter serta tenaga medis berhubungan dengan keselamatan nyawa manusia, sehingga memerlukan waktu lama.

Pembiayaan untuk menjadi Dokter, Apoteker, tenaga medis lainnya tidaklah murah, harus mengeluarkan biaya yang sangat besar, bagi beberapa tenaga kesehatan yang beruntung bisa bekerja di rumah sakit, klinik-klinik yang terkenal maupun berpraktek di kota besar memiliki kesempatan untuk melanjutkan ke jenjang strata lanjutan seperti Dokter ahli bahkan pendidikan di luar negeri (Hakiki, 2020).

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah guna pemeratakan layanan kesehatan, sehingga bisa terjangkau oleh seluruh masyarakat Indonesia, melalui Kementerian Kesehatan sebagai regulator, pengelola dan pendorong terjadinya pemerataan kesehatan, guna melakukan upaya-upaya yang mampu memberikan layanan kesehatan terbaik melalui penyempurnaan sistem kesehatan juga meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang mengelola masalah kesehatan baik yang menangani administrasi maupun yang berpraktek langsung pada rumah sakit maupun klinik-klinik yang ada (Kurniawan et al., 2020).

Upaya yang saat ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan menyelenggarakan Program Nusantara Sehat, dengan menysasar pada akses dan kualitas layanan terutama bagi masyarakat pedesaan dan pedalaman serta masyarakat yang kurang mampu diperkotaan. Program ini merupakan inisiasi untuk mendorong dan menularkan kemampuan untuk mengelola sebuah unit layanan kesehatan, sehingga terjadi kesamaan dalam kualitas layanan maupun kemampuan dalam menangani bagaimana masyarakat memperoleh layanan kesehatan yang baik (Suhroh & Pradana, 2021).

Permasalahan kesehatan bukan saja disebabkan oleh internal dari pihak yang mengelola kesehatan tersebut, banyak faktor yang perlu di dalam seperti pendapatan masyarakat yang masih rendah, pengetahuan masyarakat yang belum seluruhnya memahami pentingnya arti sehat, penyediaan sarana air bersih, tersedianya bahan-bahan makanan seperti sayur-sayuran dan makanan hewani juga turut menyebabkan kurang baiknya kesehatan yang dimiliki oleh sebagian masyarakat di Indonesia (Tulchinsky & Varavikova, 2014).



**Gambar 5.1** : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat

Sumber: (Tulchinsky & Varavikova, 2014)

Pengelolaan kesehatan masyarakat merupakan tanggungjawab sepenuhnya oleh pemerintah, pemerintah hanya sebagai regulator yang menetapkan arah, serta peraturan baik bagi masyarakat maupun perusahaan pendukung seperti Asuransi Kesehatan, Perusahaan Farmasi semuanya wajib mengikuti ketentuan yang ditetapkan seperti pengelolaan pemukiman, asupan yang wajib di makan oleh masyarakat, produksi dan penyaluran obat-obatan, makanan serta minuman.

Berbeda dengan penanganan kesehatan di negara-negara maju, selain tersedianya fasilitas kesehatan yang lebih dari memadai, kebutuhan akan tenaga para medis terpenuhi bahkan berani mempekerjakan tenaga-tenaga medis dari negara berkembang, juga ditunjang oleh sarana dan pra sarana lingkungan lainnya juga memadai seperti lingkungan pemukiman, sarana olah raga, kebutuhan akan pangan yang berkarbon hidrat maupun hewani terencana dan terhubung dengan baik melalui sistim kesehatan yang terpadu, sehingga masyarakat selain kesehatannya terjaga juga asupan gizinya lebih terpenuhi sesuai dengan standar yang ditetapkan (Abdurohim, 2021c).

## **5.2 Menyediakan Layanan Kesehatan Berkualitas Kepada Seluruh Masyarakat**

Menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat secara luas secara merata, bukanlah hal mudah meskipun negara Indonesia telah merdeka selama 77 tahun, untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang merata di seluruh masyarakat Indonesia belum tertangani secara sempurna, sebab sampai saat ini masih banyak masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan masih percaya pada hal-hal non medis, dalam melakukan penyembuhan maupun memelihara kesehatannya, mulai dari pengobatan tradisional, pengobatan alternatif. Pemilihan untuk menggunakan kesehatan semacam ini merupakan alternatif yang dilakukan oleh masyarakat, ketika layanan kesehatan yang resmi belum mampu menjangkau seluruhnya (Dharwiyanto Putro, 2018).

Karena itu diperlukan perencanaan secara komperhensif dalam merancang ketersediaan dan peningkatan layanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Tidak bisa dilakukan sendiri oleh satu Kementerian yang saat ini memiliki tanggung jawab penuh terhadap penyediaan layanan kesehatan, karena penyediaan layanan kesehatan secara merata kepada masyarakat berkaitan langsung maupun tidak langsung dengan ketersediaan infrastruktur maupun program yang akan dipergunakan dalam penanganan layanan kesehatan secara merata. Contohnya ketika terjadi kekuarangan tenaga medis, Dokter Spesialis, Dokter Umum, Tenaga Administrasi kesehatan, keterlibatan Kementerian lain yang memiliki kewenangan untuk mendidik dan meluluskan profesi para medis sangatlah besar, karena para tenaga medis yang mengikuti pendidikan pada jenjang akademik maupun Universitas harus mengikuti ketentuan pendidikan sesuai dengan yang diterapkan oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi (Kanter *et al.*, 2016).

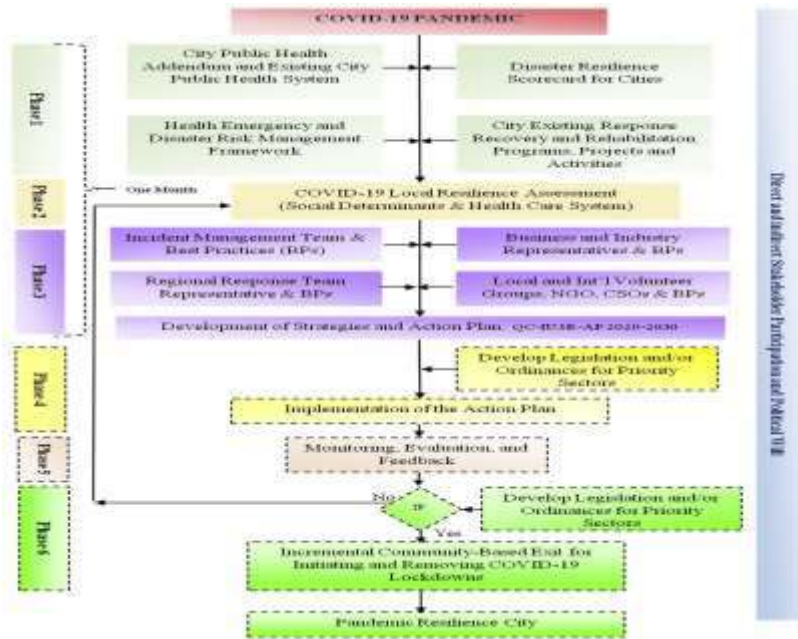
Kementerian lainnya, seperti Kementerian Pedesaan PDTT, Kementerian Dalam Negeri juga banyak terlibat dalam menciptakan masyarakat di pedesaan, pedalaman maupun perkotaan mendukung langkah-langkah yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan guna menciptakan layanan kesehatan yang merata di seluruh Indonesia. Untuk menjaga masyarakat tidak sakit, dan memenuhi gizi yang telah ditetapkan, maka faktor lingkungan pemukiman terlebih dahulu harus

ditata dengan baik seperti tidak becek, tersedianya tempat sampah yang cukup, memperoleh bahan makanan dan sayur-sayuran yang berkualitas dengan mudah serta murah (Kurniawan *et al.*, 2020).

Karena itu untuk mencapai pemerataan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia haruslah dilakukan perencanaan dan strategi merancang layanan kesehatan oleh Kementerian Kesehatan menekankan terjadinya koordinasi baik dari pembangunan sarana pemukiman masyarakat, perekonomian yang memadai, lulusan tenaga para medis yang cukup dilakukan setiap tahun anggaran. Aktivitas penyediaan layanan kesehatan masyarakat setiap tahun satu sama lain saling mengisi dan mendukung terciptanya masyarakat yang madani, dengan demikian penggunaan anggaran negara bisa dilakukan secara efisien dan program-program yang dirancang sesuai dengan yang direncanakan atau efektif (Abdurohim, 2022).

### **5.3 Menyusun pola aktivitas kegiatan kesehatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara luas**

Negara Indonesia mampu mengatasi wabah pandemi tersebut meskipun dengan mengeluarkan dana yang begitu besar untuk menjaga agar tidak terjadi masalah sosial yang sangat membahayakan kehidupan bernegara. Dari peristiwa tersebut diperoleh pelajaran bahwa meskipun kondisi masyarakat tenang dan tidak kekurangan apapun, maka kita perlu waspada dengan melakukan penyusunan pola yang dibutuhkan dalam melayani kesehatan masyarakat (Raza *et al.*, 2022). Dalam penanganan Covid-19 Pemerintah Indonesia sukses dalam penanggulangan pandemi tersebut. Beberapa negara dalam menangani pandemi Covid-19 seperti



**Gambar 5.2 : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat**  
 Sumber: (Raza et al., 2022)

Penanganan pandemi Covid perlu dilakukan secara seksama melalui penangan fase-fase yang perlu dilakukan tidak bisa dilakukan secara sendiri, adanya keharmonisan antara satu unit satu dengan lainnya.

Penyelenggaraan pemberian kesehatan kepada masyarakat juga banyak dipengaruhi oleh kualitas lingkungan seperti penataan pemukiman yang tidak memenuhi persyaratan sesuai dengan standar kesehatan untuk dihuni oleh masyarakat seperti sampah berserakan di mana-mana, lingkungan becek, karena penataan drainase kurang baik, sehingga berdampak pada program layanan kesehatan masyarakat yang diselenggarakan oleh pemerintah (Kallio et al., 2020).

Beberapa faktor yang mempengaruhi upaya pemerintah untuk memberikan kualitas layanan kesehatan kepada masyarakat secara merata (Sruthi Krishnan & Mohammed Firoz, 2020), yaitu:

1. Dana alokasi untuk kebutuhan kesehatan harus tercukupi, sebab bukanlah hal mudah untuk menyediakan pendanaan dalam rangka meningkatkan kualitas layanan kesehatan masyarakat, banyak program lain yang memerlukan penanganan segera.

2. Perangkat yang dibutuhkan dalam melakukan layanan kesehatan seperti Dokter, Para Medis belum terpenuhi seluruhnya, mengingat untuk mencetak para tenaga medis tersebut bukanlah mudah, butuh waktu yang panjang.
3. Ketersediaan infrastruktur untuk layanan kesehatan masyarakat masih dirasakan kurang seimbang antara di perkotaan, pedesaan, pedalaman, mengingat pendanaan yang dibutuhkan sangat besar sehingga pemenuhan kelengkapan infrastruktur tersebut belum terealisasi seluruhnya.
4. Kemandirian masyarakat untuk hidup sehat juga belum menjadi suatu pola yang dilakukan secara disiplin. Karena itu perlunya masyarakat diberikan informasi yang lengkap tentang pentingnya memelihara kesehatan, sehingga bisa hidup lebih tenang dan memiliki kehidupan yang panjang.
5. Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan di daerah perkotaan lebih mudah, mengingat semua fasilitas yang dibutuhkan tersedia lengkap seperti pemenuhan listrik, bahan bakar, obat-obatan, dengan demikian bila para tenaga medis melakukan aktivitas operasi terhadap para pasien tidak mengalami hambatan.
6. Pencapaian kesehatan bagi seluruh masyarakat, memerlukan penanganan lintas Kementerian. sebab tanggungjawab layanan kesehatan bukan saja oleh Kementerian Kesehatan namun perlu dukungan dari berbagai Kementerian lain untuk mendukung terselenggaranya layanan kesehatan yang lebih baik dari waktu ke waktu.

Untuk memenuhi kualitas layanan kesehatan masyarakat secara merata, maka beberapa hal yang perlu diketahui oleh para pengambil kebijakan maupun masyarakat luas (Altomonte *et al*, 2019), meliputi:

1. Keberadaan Rumah Sakit baik milik Pemerintah maupun Swasta tersedia dengan jumlah yang memadai, disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat yang secara langsung mempengaruhi dalam penyelenggaraan kualitas layanan kesehatan kepada masyarakat.
2. Tersedianya Puskesmas maupun Pustu, guna pemenuhan layanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu baik yang berada di perkotaan maupun pedesaan.

3. Praktek Dokter atau klinik dapat dijangkau dengan mudah serta tarif yang memadai, sehingga dapat melayani semua kalangan masyarakat yang membutuhkan kesehatan.
4. Praktek bidan atau rumah bersalin, juga harus tersedia memadai guna melayani kesehatan masyarakat dipedesaan maupun pedalaman serta di daerah perbatasan.
5. Posyandu juga ketersediaanya harus memadai dalam rangka mendukung kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat
6. Poskesdes atau Poskestren merupakan upaya untuk menjangkau semua masyarakat yang memerlukan layanan kesehatan.
7. Polindes, merupakan layanan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk melayani seluruh masyarakat, baik diperkotaan, pedesaan, perbatasan, diharapkan kehadiran layanan unit-unit terkecil mampu memberikan solusi terbaik dalam pemerataan kesehatan masyarakat,

Keberadaan tenaga medis maupun kelengkapan infrastruktur kesehatan merupakan satu kesatuan pemenuhan persyaratan untuk mencapai tingkatan kualitas layanan kesehatan, satu sama lainnya saling mendukung dan melengkapi. Tidak bisa hanya melakukan perencanaan pada satu poin tanpa memikirkan point lainnya. Diperlukan para pemimpin kesehatan yang mampu membangun pemenuhan dasar secara lebih luas bahkan direncanakan juga untuk masa depan yang lebih baik lagi dibandingkan saat ini (Laskari et al., 2017).

Pencapaian layanan kesehatan kepada masyarakat banyak ditentukan pada aktivitas perencanaan yang komperhensif, tentunya didukung oleh Sumber Daya Manusia pengelola kesehatan masyarakat yang selain memiliki kompetensi juga adanya ketulusan dalam menyelenggarakan kesehatan bagi kepentingan masyarakat secara keseluruhan (Abdurohim, 2021d). Pada perencanaan layanan kesehatan juga harus diikuti dengan evaluasi yang dilakukan secara rutin baik untuk menilai pembangunan fisik, maupun non fisik, sebab tanpa adanya evaluasi serta monitor atas aktivitas layanan masyarakat akan banyak aktivitas dan kegiatan tidak sesuai dengan harapan (Thenu et al., 2016).



## **5.4 Menciptakan kualitas lingkungan guna memelihara kesehatan masyarakat.**

Kualitas lingkungan sangat diperlukan bagi kehidupan manusia baik untuk saat ini maupun di masa yang akan datang, menyebabkan kehidupan Manusia pada suatu tempat nyaman, terpenuhinya udara segar, penataan lingkungan yang memadai, sehingga masyarakat menempati lingkungan pemukiman tersebut menjadi betah dan terhindar dari berbagai macam penyakit (Kahar et al., 2021).

Pentingnya memelihara kualitas lingkungan adalah sebagai daya dukung mempengaruhi kondisi keuangan lingkungan masyarakat juga memiliki tujuan (Sruthi Krishnan & Mohammed Firoz, 2020) seperti:

1. Menjaga keseimbangan antara alam dan kehidupan baik manusia, binatang, karena semuanya memiliki peran yang berbeda
2. Memelihara kelestarian lingkungan meningat banyak pihak yang selalu menginginkan kerusakan yang diakibatkan adanya motif ekonomi.
3. Sebagai referensi dasar untuk bahan pertimbangan dalam penerapan pengambilan kebijakan baik pusat maupun daerah.
4. Kelestarian lingkungan yang baik memberikan jaminan kehidupan yang sehat serta meminimalkan terjadinya berbagai penyakit yang membahayakan.

Lingkungan yang bersih dan asri bukan saja memberikan dampak yang baik terhadap kehidupan manusia juga kehidupan mahluk yang ada di atasnya, perlu adanya upaya pencegahan untuk mampu membangun kesehatan yang dibutuhkan masyarakat sehingga fungsi utama kesehatan dapat dicapai dengan baik (Bouldin et al., 2021).



**Gambar 5.3** : Pengelolaan Kesehatan Masyarakat  
 Sumber: (Bouldin et al., 2021)

Dalam pengelolaan layanan kesehatan kepada masyarakat terdiri dari tiga aktivitas utama meliputi jaminan setiap masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan, penilaian atas terjadinya gangguan kesehatan masyarakat serta adalah arah kebijakan dalam rangka pengelolaan layanan kesehatan masyarakat.

### **5.5 Literasi Kesehatan kepada masyarakat, guna hidup yang lebih baik**

Banyak yang belum menyadari pentingnya sebuah kesehatan bagi kehidupan baik secara personal maupun secara bersama baik di lingkungan pemukiman, di jalan raya, di Mall maupun di tempat hiburan. Kondisi lingkungan yang kotor akan rentan terjadinya berbagai macam penyakit seperti typhus, malaria, demam berdarah, sehingga menyebabkan wabah atau pandemi yang akan menyerang masyarakat, sehingga mempengaruhi produktivitas yang akan dihasilkan (Siswati *et al.*, 2021).

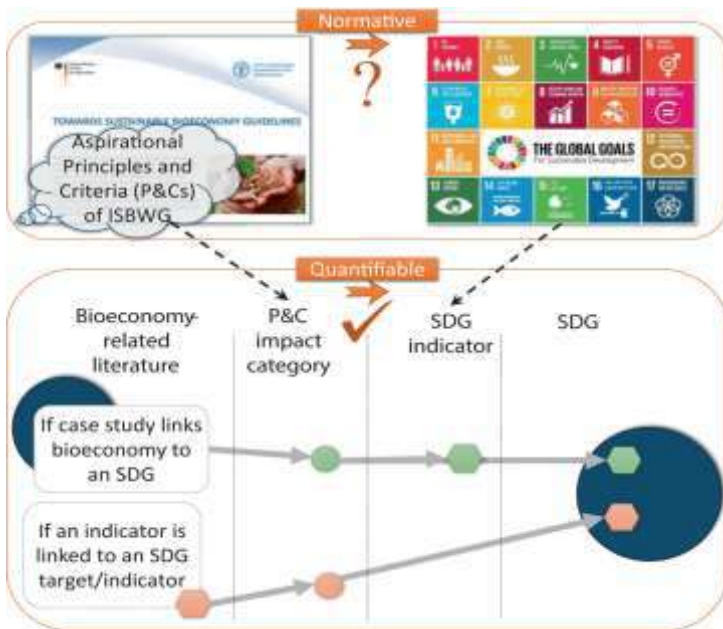
Perlu dilakukan penyebaran informasi kepada seluruh warga negara di Indonesia baik yang ada di perkotaan, pedesaan, perbatasan

dan pedalaman, meskipun tantangannya dalam setiap memberikan informasi banyak mengalami kendala yang akan dihadapi terutama bahasa, kesadaran dari masyarakat, serta tingkat pendidikan. Sebagian besar masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan sudah akrab dengan pengobatan tradisional, yang didasarkan pada pengalaman, serta pengobatan modern belum menyentuh ketengah-tengah masyarakat tersebut, sehingga tidak heran jika banyak yang memanfaatkan jasa pengobatan tradisional bila sakit atau mengalami gangguan kesehatan fisik maupun mental. (Prasanti, 2018).

Perlunya informasi kesehatan disampaikan kepada seluruh masyarakat yang ada di Indonesia (Abdurohim, 2021e), sehingga timbul adanya kesadaran terhadap pentingnya kesehatan baik untuk pribadi maupun dengan lingkungannya. Keseimbangan dalam menjaga kesehatan berdampak positif pada kelangsungan kehidupan baik saat ini maupun di masa yang akan datang, sehingga keberlangsungan negara juga dapat terus di jaga mengingat negara membutuhkan rakyatnya yang sehat, produktif sehingga mampu memberikan hasil berupa pendapatan nasional yang meningkat (Anisah, 2020).

## **5.6 Menuju kualitas layanan Kesehatan Masyarakat sesuai dengan program Sustainable Development Goals (SDGs)**

*Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan gagasan dari para pemimpin dunia yang dilakukan pada tahun 2015 (Abdurohim, 2021b), bagaimana arah pembangunan global dikembangkan, dengan tujuan menjaga kesejahteraan ekonomi masyarakat secara berkelanjutan, baik dari segi sosial, kualitas lingkungan hidup, adanya keadilan, sehingga kehidupan yang sejahtera terus berlanjut dari satu generasi ke generasi lainnya (Calicioglu & Bogdanski, 2021). Kemampuan dalam mengintegrasikan antara Bioeconomic, dengan proses pembangunan berkelanjutan pada tahun 2030 diperlukan sinergitas yang mampu meningkatkan pendapatan masyarakat, sehingga masyarakat mampu memelihara kesehatannya secara mandiri yang pada akhirnya target dalam pengelolaan kesehatan masyarakat dapat terpenuhi, dan ini akan mendorong keberhasilan target pemerintah daerah mensukseskan Sustainable Development Goals yang telah ditetapkan pemerintah Indonesia.



**Gambar 5.4 :** Pengelolaan Kesehatan Masyarakat  
 Sumber: (Calicioglu & Bogdanski, 2021)

Pembangunan berkelanjutan memiliki 17 tujuan serta 169 target yang harus dicapai pada tahun 2030 (AbdurohIm, 2021). Begitupula halnya dengan target di bidang kesehatan, juga memiliki kewajiban yang harus dicapai oleh Pemerintah Indonesia (Fauzi & Alex, 2014).

Penyelenggaraan aktivitas masyarakat selalu berdampak pada pencapaian pembangunan manusia terutama kesejahteraan, sandang dan pangan, namun bila tidak memperhatikan kesehatan masyarakat, maka masyarakat tidak akan bisa mendukung serta mendorong pembangunan yang akan dilakukan (AbdurohIm, 2021a), meningkat terjadinya gangguan fisik. Karena itu pembangunan wajib beriringan antara pembangunan ekonomi masyarakat sehingga mencapai keseimbangan dan berkelanjutan dalam menjalankan perannya sebagai manusia (del Río Castro *et al.*, 2021; Kücükgül *et al.*, 2022).

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdurohim. 2021a. BAB 2: MENJAGA SUSTAINABLE BUSINESS DALAM MEMASUKI ERA NEW NORMAL. In *Books.Google.Com*. <https://isbn.perpusnas.go.id/Account/SearchBuku?searchTxt=978-623-6995-21-1&searchCat=ISBN>
- Abdurohim. 2021b. *BAB 6: PERENCANAAN DAN STRATEGI* (D. U. Sutiksno & D. Ratna, Eds.; 1st ed., Vol. 1). ZAHIRPUBLISHING. <https://www.google.com/search?tbm=bks&q=knowlwdge+management>
- Abdurohim. 2021c. *BAB 9: KESEHATAN LINGKUNGAN INDUSTRI* (I. Irayanti & N. Yudaningsih, Eds.; 1st ed., Vol. 1). INSANIA. <http://insaniapublishing.com>
- Abdurohim. 2021d. *BAB 12: ANALISA KINERJA BADAN USAHA MILIK NEGARA (BUMN)* (P. N. B. Malau & E. Sudarmanto, Eds.; 1st ed., Vol. 1). INSANIA. <http://insaniapublishing.com>
- Abdurohim. 2021. *BAB 14: PENERAPAN STRATEGI AGILITY DALAM KEBIJAKAN PEMERINTAH PADA MASA PANDEMI COVID-19* (S. Mardiana & K. Moh, Eds.; 1st ed., Vol. 1). <http://insaniapublishing.com>
- Abdurohim. 2021e. *BAB 16: POTENSI MEDIA ELEKTRONIK BAGI KEMAJUAN DUNIA PENDIDIKAN* (C. S. Einar & S. Fitriani Abditama, Eds.; 1st ed., Vol. 1). Insania. <http://insaniapublishing.com>
- Abdurohim. 2022. *BAB 5: PERENCANAAN DAERAH DAN ANGGARAN KERJA*. [eurekamediaaksara@gmail.com](mailto:eurekamediaaksara@gmail.com)
- Altomonte, S., Schiavon, S., Kent, M. G., & Brager, G. (2019). Indoor environmental quality and occupant satisfaction in green-certified buildings. *Building Research and Information*, 47(3). <https://doi.org/10.1080/09613218.2018.1383715>
- Anisah, A. L. 2020. Intervensi Literasi Dan Layanan Kesehatan Mental Pns Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Publik Di Era New Normal. *Civil Service*, 14(2).
- Bouldin, E. D., Andresen, E. M., Edwards, V. J., Kearley, J. P., Reed, N., & McGuire, L. C. 2021. Public health perspectives on the family care gap. In *Bridging the Family Care Gap* (pp. 3–41). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813898-4.00001-4>

- Calicioglu, Ö., & Bogdanski, A. 2021. Linking the bioeconomy to the 2030 sustainable development agenda: Can SDG indicators be used to monitor progress towards a sustainable bioeconomy? *New Biotechnology*, 61, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.nbt.2020.10.010>
- del Río Castro, G., González Fernández, M. C., & Uruburu Colsa, Á. (2021). Unleashing the convergence amid digitalization and sustainability towards pursuing the Sustainable Development Goals (SDGs): A holistic review. In *Journal of Cleaner Production* (Vol. 280). <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2020.122204>
- Dharwiyanto Putro, B. 2018. Persepsi dan Perilaku Pengobatan Tradisional Sebagai Alternatif Upaya Mereduksi Penyakit Tidak Menular. *Sunari Penjor: Journal of Anthropology*, 2(2).
- Fauzi, A., & Alex, O. 2014. Pergerakan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia. In *Mimbar* (Vol. 30, Issue 1).
- Hakiki, D. 2020. IMPLIKASI PENDAYAGUNAAN DOKTER SPESIALIS TERHADAP PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN SPESIALISTIK DAN HAK ASASI MANUSIA DI INDONESIA. *Aktualita (Jurnal Hukum)*. <https://doi.org/10.29313/aktualita.v0i0.6756>
- Hermanto, H., Amani, T., Dwi Vidyastutik, E., & Herlambang, T. (2019). Fasilitas dan Lingkungan Kerja Layanan Kesehatan Terhadap Kepuasan pelanggan. *Wiga : Jurnal Penelitian Ilmu Ekonomi*, 9(2). <https://doi.org/10.30741/wiga.v9i2.461>
- Kahar, F., Devi Etivia Purlinda, Djoko Priyatno, Ichsan Hadipranoto, & Rachmad Bayu Kuncara. 2021. Socialization Of Clean And Healthy Living Behaviors And Screening Of Non-Communicable Diseases In Efforts To Prevent The Pandemic Covid-19. *International Journal Of Community Service*, 1(1). <https://doi.org/10.51601/ijcs.v1i1.6>
- Kallio, J., Vildjiounaite, E., Koivusaari, J., Räsänen, P., Similä, H., Kyllönen, V., Muuraiskangas, S., Ronkainen, J., Rehu, J., & Vehmas, K. (2020). Assessment of perceived indoor environmental quality, stress and productivity based on environmental sensor data and personality categorization. *Building and Environment*, 175. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2020.106787>

- Kanter, S., Posangi, J., & Rattu, A. J. M. 2016. Analisis Kebutuhan Dan Kualifikasi Tenaga Dokter Dengan Metode Workload Indicators Staffing Need (WISN) Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. *Community Health*, 1(1).
- Küçükgül, E., Cerin, P., & Liu, Y. 2022. Enhancing the value of corporate sustainability: An approach for aligning multiple SDGs guides on reporting. *Journal of Cleaner Production*, 333. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.130005>
- Kurniawan, F. K., Marthias, T., & Trisnantoro, L. 2020. Evaluasi Capaian Pemerataan Layanan Kesehatan yang Berkeadilan di Era JKN di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Pusat Kebijakan Dan Manajemen Kesehatan UGM*, 1.
- Laskari, M., Karatasou, S., & Santamouris, M. 2017. A methodology for the determination of indoor environmental quality in residential buildings through the monitoring of fundamental environmental parameters: A proposed Dwelling Environmental Quality Index. *Indoor and Built Environment*, 26(6). <https://doi.org/10.1177/1420326X16660175>
- Melati Hutauruk, P., & Br Gurning, M. M. 2020. ANALISIS KEBUTUHAN SUMBER DAYA MANUSIA TERHADAP BEBAN KERJA DI BAGIAN REKAM MEDIS MENGGUNAKAN METODE (WORK LOAD INDICATOR STAFFING NEED) DI RUMAH SAKIT UMUM PERMATABUNDA MEDAN TAHUN 2019. *Jurnal Ilmiah Perkam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 5(2). <https://doi.org/10.52943/jipiki.v5i2.406>
- Mohamad, R. W. 2021. Pemanfaatan System Informasi Mobile Bagi Kesehatan Ibu Hamil dan Anak. *Jambura Nursing Journal*, 3(1). <https://doi.org/10.37311/jnj.v3i1.9853>
- Prasanti, D. 2018. Literasi Informasi Kesehatan sebagai Upaya Pencegahan Informasi Hoax dalam Penggunaan Obat Tradisional di Era Digital. *Jurnal Pekommas*, 3(1).
- Ramadan, G. F., Maishella, A., Darmajaya, E. P., Ammaturohman, M. A., & Widayani, P. 2021. ANALISIS KETERJANGKAUAN FASILITAS KESEHATAN MENGGUNAKAN PEMODELAN NETWORK ANALYSIS DI KOTA YOGYAKARTA. *Seminar Nasional Geomatika*. <https://doi.org/10.24895/sng.2020.0-0.1133>

- Raza, T., Marasigan, K. M., Raza, T. K., Villodres, A. F., Perez, B., Macalalad, J., Belmonte, J., & Alimurung, M. 2022. Development and operationalization of disaster risk management framework for COVID-19 pandemic: Quezon City inclusive unified response, recovery, and rehabilitation action plan 2020–2030. In *Pandemic Risk, Response, and Resilience* (pp. 293–333). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99277-0.00007-3>
- Siswati, T., Widyawati, H. E., Khoirunissa, S., & Kasjono, H. S. 2021. Literasi Stunting pada Masa Pandemi Covid-19 untuk Ibu Balita dan Kader Posyandu Desa Umbulrejo Kapanewon Ponjong Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal ABDINUS: Jurnal Pengabdian Nusantara*, 4(2). <https://doi.org/10.29407/ja.v4i2.15414>
- Sruthi Krishnan, V., & Mohammed Firoz, C. 2020. Regional urban environmental quality assessment and spatial analysis. *Journal of Urban Management*, 9(2). <https://doi.org/10.1016/j.jum.2020.03.001>
- Suhroh, L., & Pradana, G. W. 2021. PERAN PEMERINTAH DESA KO'OLAN DALAM PENEKANAN STUNTING MELALUI PROGRAM GOPO (GOJEK POSYANDU) SEBAGAI UPAYA MEWUJUDKAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN DI KABUPATEN BANGKALAN. *Publika*. <https://doi.org/10.26740/publika.v9n1.p93-104>
- Susanti, P., & Sari, R. 2021. Government Responsibility for The Fulfillment Basic Rights of Unprosperous people In Education Sector. *Substantive Justice International Journal of Law*, 4(1). <https://doi.org/10.33096/substantivejustice.v4i1.106>
- Theny, V. J., Sedyono, E., & Purnami, C. T. 2016. Evaluation of Health Center Management Information System to Support the Implementation of Generic SIKDA using HOT (fit) method in District of Purworejo. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(2).
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. 2014. Organization of Public Health Systems. In *The New Public Health* (pp. 535–573). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-415766-8.00010-0>



# BAB 6

## DASAR-DASAR EVALUASI EKONOMI DI BIDANG KESEHATAN

*Oleh Susilo Wulan*

### 6.1 Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Memahami prinsip dasar Evaluasi Ekonomi,
2. Memahami pentingnya Evaluasi Ekonomi
3. Mengenal dan menjelaskan jenis-jenis evaluasi ekonomi
4. Memahami aplikasi evaluasi ekonomi di bidang kesehatan dan memberikan contoh melalui penelusuran hasil studi maupun jurnal yang relevan.

### 6.2 Prinsip Dasar Evaluasi Ekonomi

Kita ketahui bahwa Kementerian Kesehatan telah menghitung kebutuhan dana kesehatan tetapi selalu dihadapkan pada anggaran yang selalu tidak memenuhi untuk belanja kesehatan tersebut. Misalnya terdapat dua program kesehatan yaitu TB dan Imunisasi. Keduanya menginginkan penambahan dana untuk program DOTS dan penambahan vaksin HBV (Hepatitis B Vaccine). Tanpa peningkatan anggaran secara keseluruhan, maka program baru tidak mungkin dilaksanakan kecuali salah satu program tersebut dihentikan.

Masalah kesehatan seperti penyakit, kecelakaan (*injury*) ataupun faktor risiko dari salah satu hal tersebut dapat dinyatakan dalam bentuk beban seperti kecacatan fisik, kesakitan dan kematian, tekanan emosional, kesulitan dan isolasi sosial, serta kerugian keuangan dan ekonomi. Beban Penyakit (*Burden of Diseases*) adalah sebuah pengukuran dampak fisik, emosional, sosial dan keuangan yang ditimbulkan oleh penyakit tertentu terhadap kesehatan dan fungsi populasi. Manifestasi tersebut dapat dilihat pada level individu, keluarga dan rumah tangga, komunitas lokal, dan masyarakat seluruhnya.

Beban penyakit dapat diukur melalui banyaknya jumlah kasus, banyaknya jumlah kematian, jumlah kecacatan, rasa sakit atau penderitaan, jumlah orang dengan faktor risiko, banyaknya uang yang dibelanjakan untuk masalah kesehatan dan banyaknya pendapatan yang hilang karena masalah kesehatan. Sehingga dalam evaluasi ekonomi, beban penyakit dapat diukur menggunakan berbagai variasi *outcome* ( jumlah kasus, jumlah kematian, tahun hidup yang hilang) atau dalam jumlah rupiah tertentu yang disebut biaya kesehatan.

Evaluasi ekonomi memberikan rangkaian analisis dan teknik yang bermanfaat untuk menjawab apakah pemanfaatan sumber daya yang ada sekarang dapat membantu mencapai target kesehatan dan bagaimana alokasi terbaik sumberdaya kesehatan. Secara umum Evaluasi Ekonomi didefinisikan sebagai analisis perbandingan antara intervensi/alternative kesehatan yang satu dengan yang lainnya dengan cara mengidentifikasi, mengukur, menilai, membandingkan, menganalisis biaya dan konsekuensi dari setiap intervensi (Morris et al, 2007, Drummond, et al, 2015).

Selanjutnya dapat disimpulkan apakah intervensi, teknologi kesehatan, program kesehatan yang dianalisis melalui evaluasi ekonomi memiliki nilai lebih (*worth doing*) dibandingkan dengan alternatif lainnya dalam kondisi sumberdaya yang terbatas. Tujuan utama dari evaluasi ekonomi sebenarnya adalah meningkatkan efisiensi, yaitu bagaimana input (sumberdaya) dapat dikonversi menjadi output (contoh: tahun hidup, peningkatan kualitas hidup pasien) dan memberikan manfaat yang maksimal (Miller, 2009).

### **6.3 Pentingnya Evaluasi Ekonomi**

Mengapa evaluasi ekonomi penting? Alasan mengapa evaluasi ekonomi penting dilakukan menurut Drummond et al, 2015 adalah: tanpa analisis yang sistematis akan sulit mengidentifikasi alternative yang relevan. Oleh karena itu diperlukan juga pemahaman tentang biaya intervensi. Biaya intervensi adalah sumber daya yang diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi kesehatan atau biasa disebut dengan *inputs or resource input*.

Input dalam evaluasi ekonomi dibagi menjadi tujuh kategori, yaitu:

- a. Biaya personal
- b. Gedung dan bangunan
- c. Peralatan
- d. Perlengkapan (BHP) dan obat
- e. Transportasi
- f. Pelatihan
- g. Mobilisasi dan Publikasi (termasuk Komunikasi, Informasi dan Edukasi).

Kemampuan mengidentifikasi sumber daya yang digunakan saat intervensi, pada akhirnya dapat mengkalkulasi biaya intervensi. Pada kenyataannya tidak semua sumber daya dapat diukur dengan satuan uang. Ada yang sulit diukur seperti waktu. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu keterampilan dan juga pendapat seorang ekonom (*expert judgment*).

Tujuan intervensi adalah mengurangi beban dari masalah kesehatan. dalam evaluasi ekonomi diperlukan suatu pengukuran seberapa banyak beban tersebut dapat dikurangi. Sebagai gambaran, intervensi tidak cukup hanya mengidentifikasi biaya, tetapi dibutuhkan untuk tahu apa yang terjadi sebagai hasil dari implementasi intervensi atau yang disebut dengan *outcome*. Outcome dapat diukur melalui status kesehatan (mortality, morbidity) atau juga diukur dengan satuan moneter (uang). Outcome yang menggunakan indikator moneter/uang disebut sebagai *benefit*. Perubahan yang terjadi pada masalah kesehatan dapat diukur melalui dua pendekatan,

- a. Sebelum dan sesudah intervensi
- b. Dengan dan tanpa intervensi.

Salah satu contoh program penggunaan kelambu untuk mencegah penyakit malaria. Untuk mengetahui dampak dari program tersebut, maka diperlukan penghitungan jumlah kematian pada anak umur 6 bulan sampai 5 tahun di desa yang menjalankan program tersebut dibandingkan dengan jumlah kematian pada desa lainnya yang tidak menjalankan program penggunaan kelambu. Hasil intervensi menunjukkan bahwa di desa yang tidak

menjalankan program penggunaan kelambu jumlah kematian sebanyak 73, sementara desa yang menjalankan program kelambu terdapat 16 kematian. Dari kegiatan intervensi tersebut dapat disimpulkan bahwa ada 57 kematian lebih sedikit akibat malaria. Hasil intervensi malaria baru adalah pengurangan 57 kematian.

Kita ingat kembali bahwa tujuan intervensi kesehatan adalah untuk mengurangi beban sebanyak mungkin, namun seringkali anggaran kesehatan tidak memungkinkan menerapkan semua intervensi yang diinginkan. Seperti dilema untuk memenuhi permintaan pendanaan pada program DOTS dengan program vaksinasi HBV. Diperlukan suatu pengambilan keputusan yang tepat untuk menentukan intervensi mana yang akan didanai. Oleh karena itu, ekonomi sebagai suatu disiplin akan dapat membantu mengambil keputusan yang tepat dalam menilai dan menetapkan mana yang harus didanai guna mengatasi persoalan kesehatan masyarakat.

Sangat penting diketahui bahwa intervensi kesehatan memiliki *cost* dan *outcome* yang mempengaruhi masyarakat. Sementara pihak yang membayar belum tentu menerima manfaat dari nilai *cost* dan *outcome* akan sangat tergantung dari perspektif mana analisis dilakukan. Perspektif atau sudut pandang harus dilihat atas dasar siapa yang akan menggunakan hasil evaluasi.

Perspektif atau sudut pandang pihak-pihak yang terlibat adalah penting pasien, keluarga, masyarakat, institusi, kemekes, pemerintah dll. Perspektif masyarakat memperhitungkan semua biaya (*cost*) dan semua hasil (*outcome*) dari intervensi kesehatan, terlepas dari siapa yang menanggungnya atau siapa yang memperolehnya. Tanpa upaya pengukuran, besaran pengorbanan dibandingkan hasil sulit dibayangkan (hasil yang diharapkan adalah *outcome* kesehatan). Penilaian yang sifatnya informal dapat salah arah atau *misleading*. Pendekatan yang sistematis meningkatkan kejelasan dan akuntabilitas dalam proses kebijakan kesehatan.

Ada beberapa situasi dimana evaluasi ekonomi dapat memberikan informasi yang bermanfaat dalam proses pengambilan keputusan:

- a. Keputusan dalam layanan, program atau teknologi kesehatan yang akan tersedia di masyarakat termasuk perbaruan strategi

- intervensi dan pedoman klinis. Misalnya, strategi DOTS dinilai *cost effective* untuk program pengobatan TB
- Penentuan paket manfaat dalam skema jaminan kesehatan. Apakah suatu obat masuk dalam daftar obat formularium nasional?
  - Keputusan pricing dari pemerintah dan manufaktur terkait teknologi kesehatan
  - Post marketing surveillance dan kajian informasi ekonomi dalam penggunaan teknologi kesehatan.

## 6.4 Jenis-Jenis Evaluasi Ekonomi

Terdapat beberapa jenis evaluasi ekonomi dalam bidang kesehatan, seperti terlihat dalam tabel dibawah ini:

	Biaya	Biaya dan Outcome
Tidak ada perbandingan	Partial economic evaluation <i>A. Cost description</i>	Partial economic evaluation <i>B. Cost-outcome description</i>
Ada perbandingan 2/lebih alternatif	Partial economic evaluation <i>C. Cost analysis</i>	Full economic evaluation <i>Cost minimization analysis</i> <i>Cost effectiveness analysis</i> <i>Cost utility analysis</i> <i>Cost benefit analysis</i>

Evaluasi ekonomi yang bersifat parsial pada point A,B dan C memberikan informasi berapa besar biaya intervensi, bagaimana luaran atau efektivitas atau *outcomenya* atau ada informasi biaya dan outcome tetapi tidak memberikan kesimpulan *cost effective/* memiliki *value for money* atau tidak. Meskipun sifatnya parsial bukan berarti sudi ini tidak penting. Jika memang analisis biaya mampu menjawab tujuan penilaian, maka hasil analaisis akan tetap bermanfaat untuk proses pengambilan keputusan atau pemangku kepentingan. Analisis kerugian ekonomi akibat intervensi program kesehatan merupakan informasi yang penting untuk mendukung advokasi, menjadi dasar analisa

lanjutan bila dibandingkan dengan besaran dana yang dibutuhkan dan permohonan dana untuk suatu intervensi program pencegahan kerugian akibat suatu penyakit.

Sementara evaluasi ekonomi penuh yang terdapat dalam kolom D, memperhitungkan antara biaya dan outcome serta menilai komponen pada pembandingnya. Kajian full evaluasi ekonomi menjawab focus tujuan terkait konsep efisiensi ekonomi. Prinsip dasar pengorbanan sumberdaya harus sepadan dengan outcome yang diperoleh menjadi dasar pengamatan. Full evaluasi ekonomi terdiri dari:

a. *Cost Minimization Analysis (CMA)*

*Cost Minimization Analysis (CMA)* atau Analisis Minimisasi Biaya merupakan metode evaluasi ekonomi penuh yang paling sederhana. CMA dilakukan jika outcome dari sebuah intervensi atau teknologi kesehatan menghasilkan hasil yang sama (*identical*). Dikarenakan outcome yang samamaka selanjutnya yang dipertimbangkan hanyalah biaya saja, sehingga hanya memilih teknologi kesehatan (biasanya obat) mana yang paling berbiaya rendah.

b. *Cost Effectivness Analysis (CEA)*

*Cost Effectivness Analysis (CEA)* atau Analisis Efektivitas Biaya yaitu membandingkan intervensi kesehatan (terdapat dua atau lebih) dengan mengukur biaya dan efek/benefitnya. Tidak sama dengan CMA, CEA memiliki benefit yang berbeda antara intervensi. Contoh *outcome* berupa: level mmHg, infeksi yang dapat dicegah, live years saved, perubahan pada point score dll.

c. *Cost Utility Analysis (CUA)*

*Cost Utility Analysis (CUA)* atau Analisis Utilitas Biaya merupakan jenis evaluasi ekonomi yang merupakan subset dari CEA. Factor yang membedakan dua analisis ini adalah CUA menganut pengukuran outcome yang dinyatakan dalam tahun hidup yang berkualitas (*Qauality Adjusted Life Year-QALY*) dari intervensi kesehatan (Gray et al, 2011; Rascati, 2013) sedangkan CEA dalam bentuk *Life Year Saved* atau *Live Year Gained*.

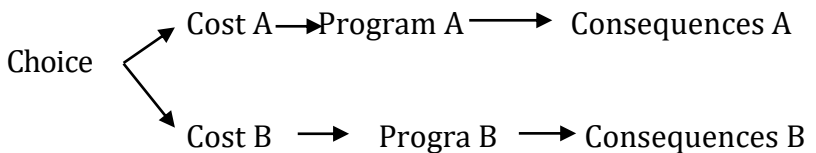
QALY mengkombinasikan nilai kualitas dan kuantitas hidup. Ukuran kualitas hidup dikembangkan dari konsep utility atau tingkat kepuasan yang diperoleh pasien setelah memperoleh

suatu layanan/intervensi kesehatan. Misalnya setelah mendapatkan pengobatan kanker atau penyakit jantung. Beberapa studi (biasanya terkait vaksin) juga menggunakan outcome yang disebut *Disability Adjusted Life Year-DALY*).

d. *Cost Benefit Analysis (CBA)*

*Cost Benefit Analysis* adalah evaluasi ekonomi yang luarannya diukur dan dikonversi dalam nilai moneter (Rudmik and Drummond, 2013, Drummond, 2015). Karena biaya dan benefit diukur dalam unit yang sama maka dapat dibandingkan secara langsung antar berbagai intervensi, bahkan antar sector yang tujuannya berbeda. Metode ini termasuk yang paling bermanfaat dalam membantu proses keputusan terkait alokasi, serta mengukur investasi program kesehatan dibandingkan dengan sector lainnya seperti pendidikan. Misalnya pemerintah ingin mengalokasikan dana antar sector pembangunan maka tiap sector akan diminta menganalisis nilai biaya dan manfaat dari usulan program intervensinya. Meskipun bersifat komprehensif, secara teknis metode luaran moneter cukup sulit (Goodace and McCabe, 2002). Valuasi moneter dapat menggunakan berbagai pendekatan seperti *Willingness to Pay (WTP)* atau *Discrete Choice Experiment (DCE)*.

Evaluasi ekonomi selalu melibatkan analisis perbandingan dari alternative



- Tidak harus selalu dibandingkan dengan intervensi yang aktif (bisa dengan dibandingkan dengan *doing nothing*) misalnya: vaksin vs biaya perawatan/kematian karena penyakit yang bisa dicegah dengan vaksin.
- Selalu dibutuhkan *baseline*
- General rule*: perbedaan biaya kedua alternative dibandingkan dengan perbedaan konsekuensi/akibat/hasil (efektivitas)

## 6.5 Aplikasi Evaluasi Ekonomi di Bidang Kesehatan

### 1. *Partial economic evaluation*

Analisis biaya akibat jatuh sakit (*cost of illness*) maupun analisis beban ekonomi suatu penyakit. Contoh riset *partial economic evaluation*:

- a. Murray *et al*, studi mengenai biaya terkait operasi fiksasi fraktur tulang pergelangan kaki pada pasien dengan menghitung biaya langsung pasien yang menjalani hospitalisasi dengan menggunakan biaya dari perspektif rumah sakit secara retrospektif.
- b. Avery *et al*, 2001. Analisis biaya intervensi operasi jantung pada populasi diatas 80 tahun, lalu dilakukan analisis outcome seperti re-intubasi atau atrial fibrilasi.
- c. Bolenz *et al*, 2010. Analisis biaya pada strategi minimal invasive untuk kanker prostat. Studi ini melakukan analisis biaya medis terkait intervensi *robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy* (RALP), *laparoscopic radical prostatectomy* (LRP), dan *retropubic radical prostatectomy* (RRP) dengan total pasien 643 pasien. Kesimpulan dari studi ini adalah intervensi RALP terkait dengan biaya yang tinggi, ini dikarenakan meningkatnya penyediaan biaya operasi.

### 2. Full Evaluasi Ekonomi

#### a. *Cost Minimization Analysis* (CMA)

Contoh studi CMA dari Farmer *et al* 1996 terdapat dua obat terapi untuk pasien rawat jalan dan rawat inap yaitu prostaglandin E2 terapi. Jusktifikasi melakukan analisis ini adalah karena tidak ada perbedaan kegagalan induksi dan caesarean sections. Selain itu tidak ada efek terhadap maternal dan neonatal di kedua layanan (baik rawat jalan maupun rawat inap). Selanjutnya hanya biaya yang dianalisis dan menghasilkan kesimpulan bahwa di layanan rawat jalan obat ini lebih *cost saving* dibandingkan di rawat inap.

#### b. *Cost Effectiveness Analysis* (CEA)

Dalam penelitian CEA outcome klinis diukur dalam skala *intermediate* maupun *final outcome*. *Intermediate*



*outcome* biasa disebut dengan *surrogate outcome*, misalnya untuk kasus Diabetes Milletus digunakan ukuran HBA1C atau kasus Hipertensi dengan ukuran tekanan darah terkendali (mmHG). *Intermediate outcome* semacam ini akan menghasilkan informasi 'persen sukses' yang bukan merupakan final outcome sehingga disarankan menghindari perbandingan dengan *threshold* karena ukuran intervensi berbeda-beda. *Final outcome* yang dipakai dalam studi CEA adalah *Life Year Saved* atau *Life Year Gained*.

Hasil akhir dari CEA yaitu berupa ACER (*Average Cost Effectivness Ratio*) dan ICER (*Incremental Cost Effectivness Ratio*). ACER membandingkan secara langsung rasio biaya dan efektivitas kedua intervensi yang dibandingkan, sedangkan ICER menghitung rasio antara selisih biaya dan selisih *outcome* kedua intervensi yang dibandingkan.

ICER dihitung dengan menggunakan rumus:

$$\frac{\text{Biaya (intervensi baru)} - \text{Biaya (intervensi komparator)}}{\text{Outcome (intervensi baru)} - \text{Outcome (intervensi komparator)}}$$

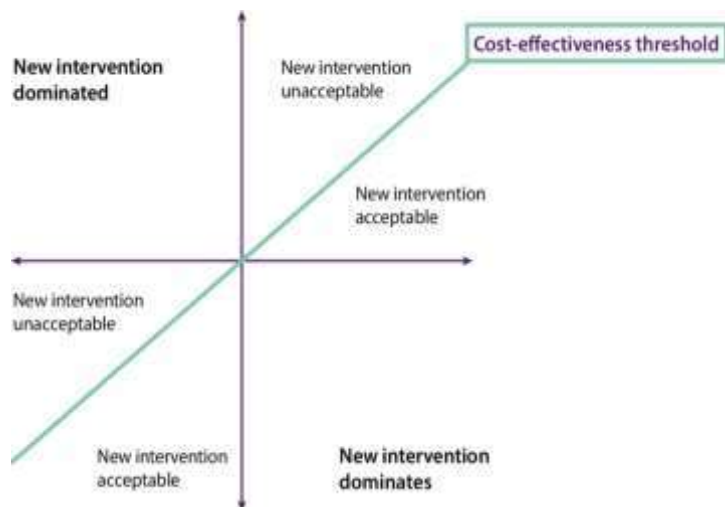
$$\text{ICER} = \Delta \text{Biaya} / \Delta \text{Outcome}$$

Kesimpulan bahwa intervensi yang dikaji *potensial cost effective* diperoleh dari analisis ICER yang dibandingkan dengan *threshold* (nilai ambang batas atau batas maksimum suatu intervensi dikatakan *cost effective*). Kesimpulan menunjukkan bahwa sebuah intervensi memiliki *value for money* jika nilai ICER dibawah nilai *threshold*.

Contoh riset CEA:

Sebuah studi tentang dua *thrombolytic agents* (TA), misalnya TA1 dibandingkan dengan TA2 untuk infark jantung akut. Outcome primernya adalah mortalitas dalam 30 hari. CEA membantu menjawab dengan menghasilkan ICER yaitu biaya *incremental* per kematian yang dapat

dicegah selama 30 hari atau *life year saved* (Goodrace and McCabe, 2002). Hasil CEA bermanfaat untuk membandingkan dua intervensi yang memiliki tujuan sama (outcome sama) dengan tingkat keberhasilan yang berbeda. Analisis akan menghasilkan satu opsi intervensi terpilih, apakah intervensi baru yang diusulkan terbukti cost effective (dominan terhadap comparator) atau justru tidak (didominasi oleh komparator/intervensi yang saat ini ada) yang dapat dilihat dari *cost effectiveness plane*.



d. *Cost Utility Analysis (CUA)*

QALY mengkombinasikan nilai kualitas dan kuantitas hidup. Ukuran kualitas hidup dikembangkan dari konsep utility atau tingkat kepuasan yang diperoleh pasien setelah memperoleh suatu layanan/intervensi kesehatan. Misalnya setelah mendapatkan pengobatan kanker atau penyakit jantung. Beberapa studi (biasanya terkait vaksin) juga menggunakan outcome yang disebut *Disability Adjusted Life Year-DALY*).

QALY merupakan pengukuran outcome kesehatan yang dihasilkan dari kualitas hidup dan lama hidup nilainya di skala 0 sampai 1. Skala 0 mengindikasikan meninggal sedangkan skala 1 mengindikasikan kesehatan penuh (Vergel and Sculpher, 2008).

Sama dengan CEA hasil akhir dari CUA adalah nilai ICER dengan nominator adalah selisih nilai biaya intervensi baru dengan intervensi lama dan denominator selisih antara nilai efektivitas/outcome intervensi baru dan lama dalam bentuk kualitas hidup.

$$\frac{\text{Biaya (intervensi baru)} - \text{Biaya (intervensi komparator)}}{\text{QALY(intervensi baru)} - \text{QALY (intervensi komparator)}}$$

$$\text{ICER} = \Delta\text{Biaya} / \Delta\text{QALY}.$$

Hasil ICER adalah *cost/QALY Gained* (biaya untuk memperoleh tambahan satu tahun hidup yang berkualitas yang kemudian dibandingkan dengan threshold untuk memutuskan apakah memiliki *value for money*. Dalam hal ini diestimasi apakah *cost effective*, nilai berada dibawah nilai ambang batas yang ditetapkan Negara atau *threshold*). Negara yang belum memiliki angka *threshold* ini menggunakan angka GDP perkapita sebagai batas.

Terdapat dua pendekatan CUA yaitu:

- 1) CUA alongside clinical trial data dan biaya dikumpulkan dan dianalisis bersamaan dengan fasie RCT/Trial
  - 2) Melalui pemodelan atau *decision analytic modeling*  
Pemodelan membantu analisis di tengah kerumitan fenomena dunia nyata seperti perlunya analisis survival dan pengukuran untuk periode panjang karena intervensi memberikan manfaat jangka panjang bahkan seumur hidup. Pemodelan yang sering digunakan berupa: Decision Tree, Markov atau bahkan dinamyc model.
- d. *Cost Benefit Analysis (CBA)*

Konsep CBA merupakan surplus manfaat (*net benefit*) yaitu manfaat yang diperoleh dikurangi dengan surplus biaya dengan penyesuaian nilai sesuai periode investasi. Selisih tersebut disebut *Net Present Value (NPV)*. Dapat juga rasio benefit dibandingkan dengan biaya (B/C Ratio). Bila nilainya positif maka intervensi tersebut memiliki nilai

manfaat yang lebih tinggi daripada biaya atau sumber daya yang dikorbankan. Makin tinggi nilainya, makin memiliki nilai tambah yang mengarahkan kepada keputusan diterimanya usulan intervensi tersebut (i).

Berikut formula perhitungan menggunakan *Net Benefit/Cost Ratio*:

$$NETB / C = \frac{\sum_{t=1}^n \frac{B_t - C_t}{(1+i)^t}}{\sum_{t=1}^n \frac{C_t - B_t}{(1+i)^t}}$$

- Bt = Manfaat (Benefit) pada tahun ke-t
- Ct = Biaya (Cost) pada tahun ke-t
- i = Discount Factor
- t = Umur proyek

Misalnya, analisis biaya dibandingkan manfaat suatu program intervensi kesehatan adalah 7:1 sementara untuk program pembangunan fisik 5:1. Secara umum informasi tersebut memberikan gambaran bahwa intervensi kesehatan memberikan nilai manfaat dibanding biaya yang lebih besar, sehingga pemerintah memberikan perhatian lebih dengan mengalokasikan dana yang adekuat. Bentuk lain guna memberikan intepretasi yang strategis dalam advokasi bagi para pembuat kebijakan adalah dalam bentuk *investment cases analysis*. Misalnya contoh hipotetik 1 USD yang diinvestasikan pemerintah untuk program imunisasi X akan menghasilkan return 10 USD.

Contoh studi tentang program vaksinasi influenza tahunan pada populasi dewasa di tempat kerja. Biaya langsung dan tidak langsung dianalisis dalam CBA, menghasilkan kesimpulan bahwa jika divaksinasi maka dapat menghemat biaya rata-rata \$13.66 per individu, dikarenakan tingkat produktivitas yang bisa dijaga, absensi yang dapat dicegah karena sakit influenza beserta gaji yang tidak hilang karena melukan vaksinasi (Nichol, 2001).

## Perbedaan CBA dan CEA

CBA: pengorbanan dalam nilai moneter (cost dari program) vs hasil program dalam nilai moneter. Dalam CBA memperhitungkan nilai dan waktu uang dalam bentuk compounding dan discounting.

CEA: pengorbanan dalam nilai moneter vs hasil dalam ukuran output/outcome/dampak (non moneter) dengan tujuan satu dan menggunakan beberapa alternative. Alternative mana dari kegiatan-kegiatan yang diusulkan untuk mencapai tujuan yang sama yang paling cost effective dengan melalui 3 proses:

- Analisis biaya dari tiap alternative
- Analisis efektivitas tiap alternative (non moneter, satuan sama)
- Analisis hubungan biaya dan efektivitas tiap alternative (C/E ratio)

## 6.6 Rangkuman

Evaluasi ekonomi merupakan tool ekonomi kesehatan yang menggunakan konsep dan metodologi yang memberikan informasi untuk pengambilan keputusan pada intervensi kesehatan. Pada sumber daya yang terbatas, intervensi yang cost effective tentu akan menjadi pilihan baik pada program UKP maupun UKM. Selain itu, hasilnya dapat digunakan sebagai bahan advokasi kepada pemerintah besaran *return* yang diterima jika melakukan suatu intervensi kesehatan.

### Tugas

1. Apa yang dimaksud dengan evaluasi ekonomi
2. Apa manfaat melakukan evaluasi ekonomi
3. Berikan contoh study evaluasi ekonomi dengan perspektif program, perspektif payer, perspektif pasien, perspektif provider
4. Jelaskan perbedaan antara cost effectiveness analysis dengan cost utility analysis
5. Jelaskan bagaimana cara memanfaatkan nilai treshold pada studi CEA di suatu negara

## DAFTAR PUSTAKA

- Mills, Anna & Lucy Gibson. 1990. *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara Negara Sedang Berkembang*. Dian Rakyat: Jakarta
- Mankiw, N. Gregory. 2012. *Pengantar Ekonomi Mikro Principles of Economics*. Salemba Empat: Jakarta
- Sukirno, Sadono. 2005. *Mikro Ekonomi Teori Pengantar*. Edisi Ketiga. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta
- Wonderling, David et.al. 2005. *Introduction to Health Economics*. London School of Hygiene&Tropical Medicine
- Dewar, Diane M.2010. *Essentials of Health Economics*. Jones and Bartlett Publisher:USA
- Phillips, Ceri J. 2005. *Health Economics: an Introduction for health professionals*. Blackwell Publishing.

## BIODATA PENULIS



**Ryryn Suryaman Prana Putra, SKM, M.Kes.**  
Dosen Program Studi S1 Adminisitrasi Rumah Sakit  
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis adalah anak pertama dari bapak Jamaluddin dan Mastang. Penulis lahir di Watan Soppeng tanggal 10 April tahun 1989. Pada tahun 2001 penulis menyelesaikan sekolah dasar di SD Negeri Pongtiku I Makassar, pada tahun 2004 menyelesaikan jenjang sekolah menengah pertama di SMP Negeri 10 Makassar, pada tahun 2007 menyelesaikan pendidikan di jenjang sekolah menengah atas di SMA Negeri 4 Makassar, pada tahun 2011 menyelesaikan Pendidikan Strata 1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar, dan pada tahun 2014 menyelesaikan Pendidikan Strata 2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2011 sampai 2015 penulis menjadi asisten dosen, staf administrasi, dan pengelola jurnal artikel ilmiah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak tahun 2015 sampai sekarang penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Bidang Penelitian pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV Hasanuddin Makassar.

## BIODATA PENULIS



**Sulistyani Prabu Aji, M.Kes**  
Staf Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa beasiswa S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah sebagai pembicara maupun moderator. Mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan . Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer. Di tahun 2022 Penulis sudah menulis 34 BookChapter dan memperoleh 21 Hak Cipta.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : [prabuajisulistyani@gmail.com](mailto:prabuajisulistyani@gmail.com)



## **BIODATA PENULIS**



**Dewi Sayati, SE, M.Kes**

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat  
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Palembang, Propinsi Sumatera Selatan, 02 Mei 1977. Penulis menempuh pendidikan S1 Ekonomi-Akuntansi di Fakultas Ekonomi UNIVERSITAS IBA PALEMBANG dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2006. Penulis melanjutkan pendidikan ke strata 2 pada tahun 2010 dan berhasil menyelesaikan studi S2 di Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat STIK BINA HUSADA PALEMBANG pada tahun 2012.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Administrasi Kebijakan Kesehatan. Oleh karena itu, sebagai perwujudan karir sebagai dosen profesional maka penulis aktif melakukan penelitian dibidang kepakaran tersebut dan hasil penelitian telah dipublikasikan. Selain melakukan penelitian, penulis melakukan penulisan buku ini dengan harapan dapat lebih memberikan kontribusi positif bagi almamater, institusi pendidikan, serta bangsa dan negara tercinta ini.

Email Penulis: dewisayati77@gmail.com

## BIODATA PENULIS



**Dr. Abdurohim, SE, MM.**

Dosen Lektor pada Universitas Jendral Ahmad Yani, Cimahi, Jawa Barat

Kelahiran Cirebon (Jawa Barat) 12 April 1964, berkecimpung sebagai praktisi Perbankan selama 31 tahun pada PT. Bank Papua, dengan jabatan terakhir *Vice President* pada Divisi Perencanaan Strategis (Renstra).

Pendidikan Doktor (S3) Ilmu Manajemen dari Universitas Cendrawasih (2017), Pendidikan Magister Manajemen (S2)-Manajemen Keuangan, dari Universitas Hasanudin (2003), dan Pendidikan Sarjana (S1) Manajemen Keuangan & Perbankan dari STIE YPKP Bandung (1989). Saat ini sebagai pengajar/dosen Lektor pada Universitas Jendral Ahmad Yani, Cimahi, Jawa Barat.

Penulisan Buku dan Jurnal telah terbit 24 Buku sudah terbit Ber ISBN & HKI; *E-Comerce* (Strategi dan Inovasi Bisnis berbasis Digital), Analisa Laporan Keuangan, Anggaran Operasional Perusahaan Manufaktur, Bank dan lembaga Keuangan Lainnya, Etika Bisnis Suatu Pengantar, HRM in Industri 5.0, Isu-Isu Kontemporer Akuntansi Manajemen, Kesehatan Lingkungan suatu pengantar, Knowledge Management, Marketing Tourism Service, Menakar Ekonomi masa pademi & New normal, New Normal Era Edisi II, Operations Management, Tantangan Pendidikan Indonesia di Masa depan, Teori dan Praktik Manajemen Bank Syariah Indonesia, The Art of Branding, Pasa Modal Syariah, Manajemen Pemasaran (Implementasi Strategi Pemasaran du Era Sociaty 5.0), bunga rampai Kebijakan Perpajakan di Indonesia di masa Pandemi Covid-19, Implementasi Pengelolaan Keuangan Daerah (Tata Kelola Menuju Pemerintahan yang Baik),

Manajemen Keuangan Dasar,HRM 5.0 Digitalisasi SDM. Bank dan Fintech: Eksistensi bank kini dan esok.

Telah mengikuti pendidikan/Lulus:

Sekolah Pimpinan Bank (Sespibank), Sekolah Pemimpin Cabang (Pinca), Manajemen Risiko level 4, Keuangan Berkelanjutan (SDGs).

Bersertifikat : Dosen Profesional (Serdos)

Anggota : *Project Managemen Office* Indonesia

Email : [Abdurrohim@mn.Unjani.ac.id](mailto:Abdurrohim@mn.Unjani.ac.id)

## **BIODATA PENULIS**



**Susilo Wulan, SE, MKM.**

Dosen di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu

Susilo Wulan, SE, MKM. Lahir di Rembang 28 Mei 1984. Merupakan lulusan ekonomi Universitas Muhammadiyah Bengkulu 2007 pada program studi Akuntansi, Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia 2014 pada departemen AKK Peminatan Ekonomi Kesehatan. Saat ini mengajar di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu mengampu mata kuliah Ekonomi Kesehatan, Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan, Manajemen Keuangan, Manajemen Logistik dll. Aktif menulis di beberapa artikel di berbagai jurnal bereputasi serta aktif terlibat dalam riset kolaborasi terkait health economics, financing maupun health policy.