



MODUL
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
(KSM234)

Materi 14
REVIEW II

Disusun Oleh:
Gisely Vionalita SKM., M.Sc.

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020

REVIEW II

ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Administrasi Kebijakan kesehatan merupakan mata kuliah wajib untuk seluruh mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, dimana dijadikan bahan untuk kompetensi sebagai sarjana.

B. Kompetensi Akhir

Tujuan pembelajaran mata kuliah :

1. Mahasiswa dapat menguraikan konsep dasar AKK, pengertian, tujuan dan manfaat AKK dan Organisasi dan Administrasi Kesehatan
2. Mahasiswa dapat menguraikan Manajemen Pelayanan Kesehatan, prinsip-prinsip, fungsi manajemen dan aplikasi manajemen
3. Mahasiswa dapat menguraikan Manajemen dan Lingkungannya, Lingkungan eksternal langsung, Lingkungan Umum, Lingkungan internal dan Hubungan lingkungan
4. Mahasiswa dapat menguraikan Pertimbangan implikasi kebijakan terhadap kondisi sosial politik, dan contoh pelaksanaanya
5. Mahasiswa mampu menguraikan Implementasi kebijakan dalam perencanaan pengorganisasian struktur dan program
6. Mahasiswa mampu menguraikan Pertimbangan implikasi kebijakan terhadap kesehatan dan penjelasan mengenai SKN
7. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan rencana implementasi serta penetapan tindakan dan evaluasi
8. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan metode monitoring dan evaluasi
9. Mahasiswa mampu menguraikan Strategi komunikasi membangun dinamika kelompok

10. Mahasiswa mampu menguraikan Peran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat
11. Mahasiswa mampu menguraikan Fungsi-fungsi dasar untuk kewajiban individu dan organisasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat esensial
12. Mahasiswa mampu menguraikan Menciptakan kultur standar etika di dalam organisasi dan komunitas.
13. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan isu internal eksternal yang berdampak pada penerapan pelayanan kesmas esensial.
14. Mahasiswa mampu menguraikan Pengembangan, implementasi, dan monitoring standar kinerja organisasi

C. Komponen penilaian

Untuk penilaian akhir, komponen nilai yang digunakan terdiri dari kehadiran, UTS, UAS dan penugasan. Dalam kuliah *online* komponen penugasan ditambah dengan kuis, sedangkan komponen kehadiran tidak diperhitungkan karena ditekankan pada aspek aktivitas di *website*. Adapun proporsi penilaiannya sebagai berikut :

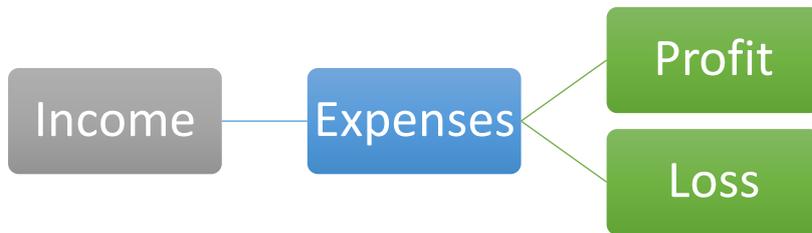
- a. UTS = 25 %
- b. UAS = 25 %
- c. Kuis = 20 %
- d. Tugas = 20 %
- e. Absensi = 10%

D. Kegiatan Belajar

1. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Biaya Kesehatan juga harus melihat beberapa aspek seperti prinsip mengenai *income-expenses* dan menghasilkan profit atau *loss*. Sehingga suatu pemerintah akan melihat *Income* seperti pajak, devisa negara, iuran Kesehatan dll, kemudian membandingkannya dengan pengeluaran di bidang Kesehatan, seperti sakit akibat rokok, pembiayaan penyakit kronis dll.



TOTAL BIAYA KESEHATAN

Sehingga dapat dijelaskan disini perbedaan dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan kesehatan utk sektor pemerintah + pemerintah swasta yang seluruhnya dari pemerintah dan Sebagian dari pemerintah. Kedua hal tersebut menjadi total biaya Kesehatan.

Seluruhnya dari Pemerintah	Sebagian ditanggung Masyarakat
1. Pemerintah Pusat: APBN, Inpres, SSBO (Subsidi Bantuan Biaya Operasional)	1. Out of pocket
2. Dana bersumber Departemen lain: Depdagri, Depsos, Depnaker	2. Pengeluaran Perusahaan Swasta
3. Dana bersumber BUMN Depkes: Kimia Farma, Biofarma, Indofarma	3. Pengeluaran kepada penyedia pelayanan kesehatan oleh pihak asuransi kesehatan swasta
4. Dana dari APBD tingkat I	
5. Dana dari APBD Tingkat II	
Biaya Pelayanan Kedokteran	Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Untuk upaya kuratif dan rehabilitatif	Untuk upaya promotif dan preventif
Secara tunai atau pre paid (asuransi kesehatan)	Disediakan pemerintah dalam bentuk anggaran program kesehatan

SUMBER BIAYA KESEHATAN

Sumber pembiayaan dari Pemerintah & Pemerintah Daerah diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik min. 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. • Swasta: dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial. Perbedaan antara biaya Kesehatan di era sentralisasi dan semi sentralisasi dapat dilihat seperti dibawah ini:

1. Sentralisasi

- Pemerintah merencanakan dan menentukan semua biaya kesehatan
- Ditanggung oleh pemerintah pusat

2. Desentralisasi

- Otonomi: pemda diberi kewenangan mengatur & bertanggung jawab pada pembiayaan kesehatan
- Semi Otonom; pemda mempunyai tanggung jawab sesuai peraturan saja, Pem pusat banyak mengatur & merencanakan pembiayaan kesh

SUB SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

- Dalam nota Keuangan Tahun 2016 tercatat alokasi anggaran kesehatan mencapai Rp 106,1 triliun atau 5% dari RAPBN 2016. Anggaran tersebut dialokasikan untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik dan merata di pusat dan daerah. → WHO, 5% APBN

HUBUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN dengan DERAJAT KESEHATAN

Dengan semakin meningkatnya angka biaya Kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, muncul pertanyaan, apakah hal ini akan meningkatkan derajat Kesehatan di Indonesia. Seharusnya dengan alokasi lebih besar terhadap biaya Kesehatan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan derajat Kesehatan yang dinilai dari usia harapan hidup, angka kematian bayi, angka kematian ibu, angka kematian akibat penyakit dll.

2. Mutu Pelayanan Kesehatan

Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan :

1. Pelanggan dan harapannya
Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan. Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai banyak pelanggan potensial. Harapan mereka harus diidentifikasi dan diprioritaskan lalu membuat kriteria untuk menilai kesuksesan.
2. Perbaiki kinerja
Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian *reward*.
3. Proses perbaikan
Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.
4. Budaya yang mendukung perbaikan terus-menerus
Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

3. Pendekatan Sistem

UNSUR SISTEM

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian maka tidak ada yang disebut sistem. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat dikelompokkan kedalam 6 unsur yakni:

❖ Masukan

Masukan (input) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem & yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut

❖ **Proses**

Proses (process) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem & yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan

❖ **Keluaran**

Keluaran (output) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem

❖ **Umpan balik**

Umpan balik (feed back) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem & sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut

❖ **Dampak**

Dampak (impact) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran sistem tersebut

❖ **Lingkungan**

Lingkungan (environment) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap system

4. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Subsistem pembiayaan Kesehatan memiliki tujuan:

- Tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi-
- Teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdayaguna-
- Tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunankesehatan

5. Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia meliputi:

1. Upaya Kesehatan: Upaya kesehatan di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), dan pemulihan (rehabilitasi) masih dirasakan kurang. Memang jika kita pikirkan bahwa masalah Indonesia tidak hanya masalah kesehatan bahkan lebih dari sekedar yang kita bayangkan, tapi jika tahu bahwa dalam hal ini kita masih dalam proses dimana bagai sebuah ayunan yang mana pasti akan menemukan titik temu dan kita dapat menunggu, tapi kapankah hal ini...kita tunggu yang lebih baik. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia.
2. Pembiayaan Kesehatan : Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara USD 12-18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi

Kesehatan Sedunia yakni paling sedikit 5% dari PDB per tahun. Sementara itu anggaran pembangunan berbagai sektor lain belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Pembiayaan kesehatan yang kuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

3. SDM Kesehatan :Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam pemerataannya masih belum merata, bahkan ada beberapa puskesmas yang belum ada dokter, terutama di daerah terpencil. Bisa kita lihat, rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1:5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.850. Sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas. Hal ini bisa menjadi refleksi bagi Pemerintah dan tenaga medis, agar terciptanya pemerataan tenaga medis yang memadai.

4. Sumberdaya Obat, Perbekalan Kesehatan, dan Makanan : Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri. Industri farmasi di Indonesia saat ini cukup berkembang seiring waktu. Hanya dalam hal ini pengawasan dalam produk dan obat yang ada. Perlunya ada tindakan yang tegas, ketat dalam hal ini.

5. Pemberdayaan Masyarakat : Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Ini penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Dalam hal ini agar tercapainya Indonesia Sehat 2010 juga dibutuhkan. Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan serta pengawasan sosial dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

6. Manajemen Kesehatan :Meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Manajemen Kesehatan sangatlah berpengaruh juga, karena dalam hal ini yang memanager proses, tetapi keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi Kesehatan.

6. Evaluasi Program

Tujuan evaluasi

Menurut Supriyanto (1988) tujuan evaluasi adalah :

1. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain memeriksa kembali kesesuaian dari program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus-menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program.
2. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
3. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

Langkah utama monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan standar dan indikator untuk menilai proses pelaksanaan program/ kegiatan. Standar biasa mencakup semua input yang digunakan (dana, materi/bahan, cara atau metode, SDM, Prosedur, Tehnologi dll).
2. Mengumpulkan data dan melakukan investigasi kinerja (pengamatan) dari pelaksanaan kegiatan/ proses kegiatan yang dipilih untuk dibandingkan dengan standar/indikator (baik kualitatif maupun kuantitatif) yang telah ditentukan.
3. Mengamati perubahan lingkungan dan mengumpulkan data untuk pengkajian pengaruh lingkungan tersebut terhadap kegiatan yang sedang dilaksanakan.
4. Pengolahan, analisis data dan sistesis hasil. Data yang dikumpulkan (termasuk perubahan lingkungan) diolah dan dianalisis untuk membuat penilaian dan kesimpulan tentang proses pelaksanaan kegiatan. Hasil analisis dan kesimpulan akan digunakan lebih lanjut untuk perumusan rekomendasi tindak lanjut.
5. Pengambil keputusan melakukan tindakan (termasuk koreksi dan penyesuaian kegiatan, maupun perencanaan ulang).

6. Menyampaikan semua hasil monitoring, pengendalian dan tindak lanjut kepada pihak yang berkepentingan sebagai wujud akuntabilitas dan proses pengambilan keputusan lebih lanjut.