

Editor :

Dr. dr. I Putu Sudayasa, M.Kes.

Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.



DASAR-DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Aries Wahyuningsih | Lindra Anggorowati | Febrian | Fitri Andayani

Firdawati | Yudhiakuari Sincihu | Susi Mulyati

Wahyu Ratri Sukmaningsih | Desta Ayu Pratama | Egi Nisura

Heru Laksono | Habriani



DASAR-DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Buku Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 12 Bab:

- Bab 1 Konsep Dasar dan Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat
- Bab 2 Indikator Kesehatan Masyarakat
- Bab 3 Pelayanan Kesehatan
- Bab 4 Epidemiologi Dasar
- Bab 5 Promosi Kesehatan dan Perubahan Prilaku
- Bab 6 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
- Bab 7 Gizi Kesehatan Masyarakat
- Bab 8 Kesehatan Reproduksi dan KIA
- Bab 9 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
- Bab 10 Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular.
- Bab 11 Program Kesehatan Nasional (Puskesmas, UKBM, Posyandu)
- Bab 12 Tantangan Kesehatan Masyarakat Saat Ini dan di Masa Mendatang

DASAR DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Dr. Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

Lindra Anggorowati, S.KM., MPH.

Dr. drg. Febrian, MKM.

Fitri Andayani, S.KM., M.ScPH.

dr. Firdawati, M.Kes., Ph.D., FISPH., FiSCM.

Dr. dr. Yudhiakuari Sincihu, M.Kes., FISPH., FiSCM.

Susi Mulyati, S.Gz., MARS.

Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., MKM.

Desta Ayu Pratama, S.Tr.Kes., Ftr., MKM.

Egi Nisura, S.KM., M.Kes.

Heru Laksono, S.KM., MPH.

Habriani, S.KM., M.Kes.

Editor:

Dr. dr. I Putu Sudayasa, M.Kes.

Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

DASAR DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis : Dr. Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes. |
Lindra Anggorowati, S.KM., MPH. |
Dr. drg. Febrian, MKM. | Fitri Andayani, S.KM.,
M.ScPH. | dr. Firdawati, M.Kes., Ph.D., FISPH.,
FiSCM. | **Dr. dr. Yudhiakuari Sincihu, M.Kes.,**
FISPH., FiSCM. | Susi Mulyati, S.Gz., MARS. |
Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., MKM. |
Desta Ayu Pratama, S.Tr.Kes., Ftr., MKM. | Egi
Nisura, S.KM., M.Kes. | Heru Laksono, S.KM.,
MPH. | Habriani, S.KM., M.Kes.

Editor : Dr. dr. I Putu Sudayasa, M.Kes.
Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.

Desain Sampul : Firman Isma'il

Tata Letak : Riska Apriliani

ISBN : 978-634-248-986-4

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA,**
NOVEMBER 2025
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel: eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama: 2025

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku ini. Penulisan buku merupakan buah karya dari pemikiran penulis yang diberi judul “Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat”. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih pada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Sehingga buku ini bisa hadir di hadapan pembaca.

Buku Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 12 Bab:

- Bab 1 Konsep Dasar dan Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat
- Bab 2 Indikator Kesehatan Masyarakat
- Bab 3 Pelayanan Kesehatan
- Bab 4 Epidemiologi Dasar
- Bab 5 Promosi Kesehatan dan Perubahan Prilaku
- Bab 6 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**
- Bab 7 Gizi Kesehatan Masyarakat
- Bab 8 Kesehatan Reproduksi dan KIA
- Bab 9 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
- Bab 10 Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular
- Bab 11 Program Kesehatan Nasional (Puskesmas, UKBM, Posyandu)
- Bab 12 Tantangan Kesehatan Masyarakat Saat Ini dan di Masa Mendatang

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga buku ini akan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT	
Oleh: Dr. Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat	2
C. Tujuan Kesehatan Masyarakat	5
D. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat	6
E. Indikator Kesehatan Masyarakat	10
DAFTAR PUSTAKA.....	15
BAB 2 INDIKATOR KESEHATAN MASYARAKAT	
Oleh: Lindra Anggorowati, S.KM., MPH.	18
A. Konsep Dasar Indikator Kesehatan Masyarakat.....	18
B. Tujuan dan Kegunaan Indikator Kesehatan.....	20
C. Indikator Derajat Kesehatan (<i>Health Status Indicators</i>)	23
D. Kerangka Kerja Indikator Kesehatan Global dan Nasional.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	32
BAB 3 PELAYANAN KESEHATAN	
Oleh: Dr. drg. Febrian, MKM.	34
A. Pendahuluan.....	34
B. Konsep Dasar dan Teori Pelayanan Kesehatan.....	38
C. Faktor Penentu Pelayanan Kesehatan	41
D. Strategi dan Model Inovasi Pelayanan Kesehatan.....	44
E. Evaluasi dan Tantangan Pelayanan Kesehatan.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	51
BAB 4 EPIDEMIOLOGI DASAR	
Oleh: Fitri Andayani, S.KM., M.ScPH.	55
A. Pendahuluan.....	55
B. Sejarah Epidemiologi	56
C. Definisi dan Ruang Lingkup Epidemiologi.....	57
D. Epidemiologi dan Kesehatan Masyarakat	58
DAFTAR PUSTAKA.....	83

BAB 5 PROMOSI KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

Oleh: dr. Firdawati, M.Kes., Ph.D., FISPH, FiSCM.....85

A. Pendahuluan	86
B. Konsep Dasar Promosi Kesehatan	87
C. Teori dan Model Perubahan Perilaku	88
D. Strategi Promosi Kesehatan untuk Perubahan Perilaku	91
E. Faktor yang Memengaruhi Perubahan Perilaku	91
F. Tantangan dan Peluang Promosi Kesehatan di Era Modern	92
G. Studi Kasus Implementasi di Indonesia	93
H. Kesimpulan dan Rekomendasi	93
DAFTAR PUSTAKA	94

BAB 6 ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh: Dr. dr. Yudhiakuari Sincihu, M.Kes., FISPH, FiSCM.96

A. Pendahuluan	96
B. Definisi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.....	97
C. Keterkaitan Administrasi Kesehatan dan Kebijakan Kesehatan	99
D. Sejarah Perkembangan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan	100
E. Teori dan Konsep Administrasi Kesehatan	102
F. Teori dan Konsep Kebijakan Kesehatan	106
G. Sistem Layanan Kesehatan di Indonesia	111
H. Manajemen Sumber Daya Kesehatan	114
I. Metodologi Analisis Administrasi dan Kebijakan Kesehatan	116
J. Etika Administrasi dan Kebijakan Kesehatan	120
K. Inovasi dalam Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.....	122
DAFTAR PUSTAKA	125

BAB 7 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh: Susi Mulyati, S.Gz., MARS.128

A. Pendahuluan	128
B. Konsep Dasar Gizi	149

	C. Masalah Gizi di Masyarakat	179
	D. Program Gizi Kesehatan Masyarakat	196
	E. Ketahanan Pangan dan Gizi	199
	F. Pendidikan dan Promosi Gizi Kesehatan Masyarakat	203
	G. Tantangan dan Inovasi dalam Gizi Kesehatan Masyarakat	207
	DAFTAR PUSTAKA.....	212
BAB 8	KESEHATAN REPRODUKSI DAN KIA	
	Oleh: Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., MKM.	215
	A. Pendahuluan	215
	B. Konsep Kesehatan Reproduksi	216
	C. Kesehatan Reproduksi Remaja	220
	D. Kesehatan Ibu	222
	E. Kesehatan Anak.....	227
	F. Tantangan dalam Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan Reproduksi di Indonesia	230
	G. Strategi Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan Reproduksi	231
	DAFTAR PUSTAKA.....	233
BAB 9	PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT	
	Oleh: Desta Ayu Pratama, S.Tr.Kes., Ftr., MKM.	236
	A. Pendahuluan	236
	B. Konsep Dasar PHBS.....	238
	C. Strategi Promosi dan Implementasi PHBS	241
	D. Dampak Penerapan PHBS.....	243
	E. Tantangan dan Arah ke Depan	245
	DAFTAR PUSTAKA.....	247
BAB 10	PENYAKIT MENULAR DAN PENYAKIT TIDAK MENULAR	
	Oleh: Egi Nisura, S.KM., M.Kes.....	250
	A. Pengantar	250
	B. Faktor Determinan dan Faktor Risiko	251
	C. Pencegahan Penyakit Menular	258
	D. Pencegahan Penyakit Tidak Menular	259
	DAFTAR PUSTAKA.....	260

BAB 11	PROGRAM KESEHATAN NASIONAL (PUSKESMAS, UKBM, POSYANDU)	
	Oleh: Heru Laksono, S.KM., MPH.....	262
	A. Program Kesehatan Nasional.....	262
	B. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	265
	C. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)	268
	D. Posyandu	271
	DAFTAR PUSTAKA	276
BAB 12	TANTANGAN KESEHATAN MASYARAKAT SAAT INI DAN DI MASA MENDATANG	
	Oleh: Habriani, S.KM., M.Kes.	278
	A. Pendahuluan	278
	B. Tantangan Kesehatan Masyarakat Saat Ini	279
	C. Tantangan Kesehatan Masyarakat di Masa Mendatang.....	284
	DAFTAR PUSTAKA	291
	LAMPIRAN.....	292
	TENTANG PENULIS	303



DASAR DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Dr. Aries Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

Lindra Anggorowati, S.KM., MPH.

Dr. drg. Febrian, MKM.

Fitri Andayani, S.KM., M.ScPH.

dr. Firdawati, M.Kes., Ph.D., FISPH., FiSCM.

Dr. dr. Yudhiakuari Sincihu, M.Kes., FISPH., FiSCM.

Susi Mulyati, S.Gz., MARS.

Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., MKM.

Desta Ayu Pratama, S.Tr.Kes., Ftr., MKM.

Egi Nisura, S.KM., M.Kes.

Heru Laksono, S.KM., MPH.

Habriani, S.KM., M.Kes.

Editor:

Dr. dr. I Putu Sudayasa, M.Kes.

Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.



BAB 6

ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Dr. dr. Yudhiakuari Sincihu, M.Kes., FISP.H., FISC.M.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu hak fundamental manusia yang dijamin dalam berbagai konstitusi dan perjanjian internasional, termasuk dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28H serta *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Dunn 2017). Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, diperlukan sistem yang terorganisasi dengan baik, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi (Chalik Sjaaf & Darmawan 2016; Teitelbaum & Wilensky 2017).

Administrasi kesehatan berperan penting dalam memastikan tersedianya layanan kesehatan yang efektif, efisien, dan merata. Sementara itu, kebijakan kesehatan menentukan arah, prioritas, serta regulasi yang mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Dengan demikian, pemahaman terhadap administrasi dan kebijakan kesehatan (AKK) menjadi fondasi penting bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, pengambil kebijakan, maupun peneliti di bidang kesehatan masyarakat.

Bab tentang AKK dalam ranah ilmu kesehatan masyarakat ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai prinsip AKK, menyajikan teori, konsep, serta praktik administrasi layanan kesehatan di berbagai level, menguraikan proses perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan, dan terakhir sebagai

pembekalan bagi mahasiswa, akademisi, dan praktisi dengan kerangka berpikir kritis dalam menganalisis permasalahan kesehatan di Indonesia.

B. Definisi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) merupakan dua konsep yang saling terkait. Administrasi kesehatan lebih menekankan pada aspek manajerial dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, sedangkan kebijakan kesehatan berfokus pada perumusan keputusan dan regulasi yang menentukan arah pembangunan kesehatan. Berikut beberapa definisi yang sering digunakan dalam literatur: (Notoatmodjo, 2012; Merson et al, 2012; Buse, Mays & Walt, 2005; WHO, 2010; Anderson, 2003; Permenkes RI, 2015; Dye 2017)

1. Definisi Administrasi Kesehatan

- a. Menurut Griffith (2000), Administrasi kesehatan adalah penerapan prinsip-prinsip manajemen dalam pengelolaan pelayanan kesehatan agar tercapai efektivitas dan efisiensi.
- b. WHO (2010), mendefinisikan Administrasi kesehatan mencakup pengelolaan seluruh sumber daya kesehatan (tenaga, dana, logistik, dan informasi) yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- c. Depkes RI (2004), menyebutkan bahwa Administrasi kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan dalam upaya pelayanan kesehatan, baik masyarakat maupun perorangan.
- d. Menurut Notoatmodjo (2012), Administrasi kesehatan adalah suatu seni dan ilmu dalam mengatur serta mengelola pelayanan kesehatan agar berjalan sesuai tujuan.
- e. Menurut Merson, Black & Mills (2012), Administrasi kesehatan merupakan fungsi pengelolaan yang menjamin agar sistem kesehatan dapat bekerja secara efektif, termasuk koordinasi antar unit dan evaluasi kinerja.

2. Definisi Kebijakan Kesehatan

- a. Menurut Buse, Mays & Walt (2005), Kebijakan kesehatan adalah keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu dalam bidang kesehatan.
- b. WHO (2015), mendefinisikan Kebijakan kesehatan merupakan pernyataan keputusan politik, rencana, dan prioritas pemerintah yang memengaruhi distribusi sumber daya dan layanan kesehatan.
- c. Menurut Anderson (2003), Kebijakan kesehatan adalah serangkaian tindakan pemerintah yang secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan kesehatan masyarakat.
- d. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 64 Tahun 2015, Kebijakan kesehatan adalah arah, landasan, dan pedoman yang digunakan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- e. Menurut Dye (2017), Kebijakan kesehatan merupakan “whatever governments choose to do or not to do” dalam bidang kesehatan, artinya mencakup keputusan untuk bertindak maupun untuk tidak bertindak terkait isu kesehatan.

Berdasarkan berbagai definisi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK), maka penulis mencoba membuat ringkasan untuk mendefinisikan AKK. Secara sederhana landasan dari definisi ini dituangkan pada tabel berikut ini.

Tabel 6.1 Ringkasan Definisi AKK

Komponen	Definisi Utama	Fokus
Administrasi Kesehatan	Proses pengelolaan sumber daya kesehatan melalui fungsi manajemen (planning, organizing, actuating, controlling).	Efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan.

Komponen	Definisi Utama	Fokus
Kebijakan Kesehatan	Keputusan, rencana, dan regulasi pemerintah maupun lembaga terkait kesehatan masyarakat.	Arah, prioritas, dan distribusi sumber daya kesehatan.
Administrasi & Kebijakan Kesehatan (AKK)	Integrasi fungsi manajerial dengan proses kebijakan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan.	Peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan tabel di atas, maka penulis mendefinisikan AKK sebagai suatu bidang ilmu dan praktik yang memadukan fungsi manajerial dalam pengelolaan sumber daya kesehatan dengan proses perumusan, implementasi, dan evaluasi kebijakan publik, yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara efektif, efisien, merata, dan berkeadilan.

C. Keterkaitan Administrasi Kesehatan dan Kebijakan Kesehatan

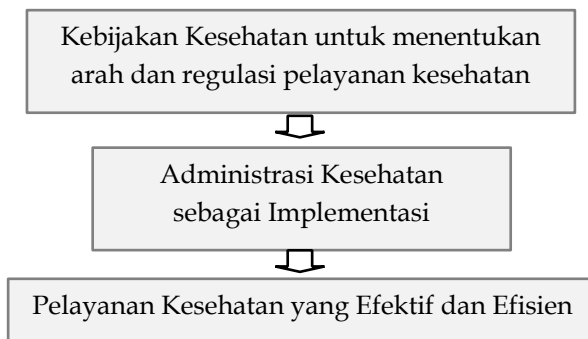
Secara sederhana, administrasi kesehatan dan kebijakan kesehatan saling melengkapi. Kebijakan kesehatan menentukan arah dan tujuan (apa yang ingin dicapai) (Buse, Mays & Walt 2005; Dye 2017), sedangkan administrasi kesehatan menjalankan fungsi teknis untuk mewujudkannya (bagaimana mencapainya) (Griffith 2000; Notoatmodjo 2012). Lebih rinci dapat diperhatikan pada tabel berikut ini.

Tabel 6.2 Perbandingan Administrasi Kesehatan dan Kebijakan Kesehatan

Aspek	Administrasi Kesehatan	Kebijakan Kesehatan
Fokus	Proses manajerial dan operasional	Perumusan keputusan dan regulasi
Tujuan	Efisiensi dan efektivitas layanan	Arah dan prioritas pembangunan kesehatan

Aspek	Administrasi Kesehatan	Kebijakan Kesehatan
Aktor utama	Manajer, tenaga kesehatan, staf administrasi	Pemerintah, legislatif, organisasi profesi, masyarakat
Hasil akhir	Pelayanan kesehatan berjalan optimal	Regulasi, program, dan kebijakan publik

Lebih mudah hubungan antara keduanya dapat diperhatikan pada gambar berikut ini.



Gambar 6.1 Hubungan Administrasi Kesehatan dan Kebijakan Kesehatan

D. Sejarah Perkembangan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Sejarah AKK di Indonesia mengalami perjalanan panjang yang dipengaruhi oleh kondisi politik, sosial, ekonomi, serta perkembangan ilmu pengetahuan. Dari masa kolonial hingga era modern, setiap periode memberikan warna tersendiri dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara singkat Sejarah AKK dalam tiap periode waktu dijelaskan sebagai berikut (Mboi 2015; WHO 2015; Merson, Black & Mills 2012; Almunawar & Anshari 2012; Depkes RI 2004; Anderson 2003).

1. Masa Kolonial (sebelum 1945)

Pada masa pemerintahan Belanda, pelayanan kesehatan hanya difokuskan untuk kepentingan tentara, pegawai kolonial, dan kaum elit. Fasilitas kesehatan sangat terbatas, terutama di kota-kota besar seperti Batavia,

Semarang, dan Surabaya. Pemberantasan penyakit menular seperti malaria, kusta, dan pes menjadi prioritas karena dianggap mengganggu stabilitas ekonomi dan perdagangan. Pada masa ini AKK mempunyai karakteristik pelayanan kesehatan yang terbatas, diskriminatif, berbasis kepentingan kolonial. Sedangkan kebijakannya lebih bersifat medis preventif (sanitasi, pengendalian penyakit menular).

2. Masa Awal Kemerdekaan (1945–1970)

Setelah Indonesia merdeka, lahir konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada tahun 1969 sebagai upaya menghadirkan layanan primer bagi masyarakat luas. Pada masa ini AKK mempunyai karakteristik yang berfokus pada pemerataan layanan dasar, terutama di pedesaan. Kebijakannya berupa pembangunan puskesmas, penguatan tenaga medis dasar, program vaksinasi dasar.

3. Masa Pembangunan (1970–1998)

Era Orde Baru ditandai dengan pembangunan berorientasi pada pertumbuhan ekonomi. Dalam bidang kesehatan, pemerintah melaksanakan Program Kesehatan Nasional yang mencakup ekspansi puskesmas di seluruh Indonesia, program Keluarga Berencana (KB), penanggulangan penyakit menular (utamanya TB, malaria, diare), dan Peningkatan layanan rujukan melalui pembangunan rumah sakit umum daerah. Pada masa ini, pelaksanaan AKK lebih bersifat birokratis, terpusat, dan berorientasi pada pencapaian target pembangunan nasional.

4. Masa Reformasi dan Desentralisasi (1998–2013)

Reformasi membawa perubahan besar dengan adanya otonomi daerah yang juga mencakup sektor kesehatan. Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota memiliki kewenangan lebih besar dalam pengelolaan layanan kesehatan. Pada masa ini pelaksanaan AKK mempunyai karakteristik desentralisasi pengelolaan kesehatan, dan keterlibatan masyarakat lebih luas. Ada kebijakan penting yang dikeluarkan di sektor kesehatan, yakni UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, UU No. 22 Tahun 1999

tentang Pemerintahan Daerah (kemudian direvisi 2004), dan sebagai awal pembentukan sistem jaminan kesehatan yang kemudian berkembang menjadi BPJS.

5. Era Jaminan Kesehatan Nasional (2014–saat ini)

Tahun 2014 menjadi tonggak sejarah penting berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Kebijakan ini mengusung prinsip *Universal Health Coverage* (UHC) dengan tujuan memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Pada masa ini, pelaksanaan AKK lebih bersifat pelayanan kesehatan berbasis asuransi sosial. Kebijakannya tertuang dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

6. Era Globalisasi dan Tantangan Kontemporer (2020–sekarang)

Adanya Pandemi COVID-19 menjadi ujian besar bagi sistem kesehatan di Indonesia. Kebijakan kesehatan tidak hanya difokuskan pada pelayanan medis, tetapi juga pada ketahanan kesehatan (*health security*), kesiapsiagaan bencana, serta integrasi teknologi digital (*telemedicine*, *big data* kesehatan). Pada masa ini, pelaksanaan AKK lebih bersifat respons cepat terhadap krisis kesehatan global, penguatan sistem kesehatan berbasis digital, kolaborasi internasional. Kebijakannya berupa program vaksinasi massal COVID-19, digitalisasi layanan, penguatan surveilans epidemiologi.

E. Teori dan Konsep Administrasi Kesehatan

Administrasi kesehatan merupakan disiplin ilmu yang memadukan teori administrasi dan manajemen dengan praktik penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Peran administrasi kesehatan sangat penting dalam memastikan bahwa pelayanan kesehatan dapat berjalan secara efektif, efisien, merata, dan berkesinambungan (Griffith 2000; Notoatmodjo 2012).

Secara umum, administrasi diartikan sebagai suatu proses penyusunan dan penggunaan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi (Anderson 2003). Dalam konteks kesehatan, administrasi difokuskan pada pengelolaan sumber daya (tenaga, dana, sarana, informasi) untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Perbedaan antara administrasi dan manajemen seringkali menimbulkan perdebatan. Namun, keduanya saling berkaitan. Administrasi lebih menekankan pada penyusunan kebijakan, perencanaan, dan penentuan arah. Sedangkan Manajemen menekankan pada pelaksanaan operasional, pengawasan, dan evaluasi (Feldstein 2016; Notoatmodjo 2012). Lebih rinci dapat diperhatikan pada tabel berikut ini.

Tabel 6.3 Perbedaan Administrasi dan Manajemen Kesehatan

Aspek	Administrasi Kesehatan	Manajemen Kesehatan
Fokus	Perencanaan, kebijakan, pengaturan	Pelaksanaan, operasional, pengawasan
Orientasi	Menentukan arah dan tujuan	Menyelesaikan pekerjaan sesuai tujuan
Contoh dalam kesehatan	Penyusunan kebijakan puskesmas	Pelaksanaan program imunisasi

Secara umum, sejumlah teori administrasi klasik dan modern dapat diaplikasikan dalam penyelenggaraan kesehatan, di antaranya: (Griffith 2000; Notoatmodjo 2012; Idris, H. 2018; Lapodi, A. R. 2021; Maduratna et al, 2025).

1. Teori Klasik (Taylor, Fayol, Weber)

Teori *Scientific Management* oleh Taylor memberikan penekanan pada efisiensi kerja tenaga kesehatan. Pada teori *Administrative Theory* oleh Fayol menekankan pentingnya fungsi manajemen (POAC). Sedangkan teori oleh Weber tentang *Bureaucracy* menyebutkan bahwa organisasi

kesehatan harus memiliki struktur hierarki, aturan formal, dan pembagian kerja yang jelas.

2. Teori Perilaku (Mayo)

Teori *Human Relations Movement* menekankan peran motivasi, komunikasi, dan kepuasan kerja tenaga kesehatan. Dalam konteks rumah sakit, hubungan antar profesi (dokter, perawat, tenaga admin) memengaruhi mutu layanan.

3. Teori Sistem (Von Bertalanffy)

Menurut teori ini, organisasi kesehatan dilihat sebagai sistem terbuka yang terdiri dari input (tenaga, dana, obat), proses (pelayanan), output (status kesehatan), dan feedback (evaluasi).

4. Teori Kontinjensi

Akibat banyaknya pertentangan dan perdebatan para ahli, pada akhirnya terdapat teori yang menyatakan bahwa tidak ada satu cara terbaik dalam mengelola organisasi kesehatan. Pendekatan harus disesuaikan dengan kondisi, misalnya pandemi membutuhkan strategi berbeda dari layanan rutin.

Mengacu pada berbagai pandangan di atas, maka sebenarnya terdapat kesamaan pandangan dalam prinsip dasar tentang administrasi dalam konteks pelayanan kesehatan. Prinsip tersebut dijelaskan pada gambar berikut ini (Fayol 1949; Terry, G.R, 2003; Notoatmodjo 2012; Permenkes RI, 2015).



(siklus berulang untuk perbaikan berkelanjutan)

Gambar 6.2 Prinsip Dasar POAC Administrasi Kesehatan

1. Perencanaan (*Planning*)

Menentukan tujuan dan strategi pelayanan kesehatan. Contohnya adalah perencanaan program imunisasi nasional.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Membentuk struktur organisasi, pembagian tugas, dan koordinasi antar unit. Contohnya adalah pembagian peran di puskesmas antara poli KIA, gizi, dan laboratorium.

3. Penggerakan (*Actuating/Directing*)

Memberi motivasi, arahan, dan supervisi agar staf bekerja sesuai rencana. Contohnya adalah pelatihan kader posyandu.

4. Pengendalian (*Controlling*)

Mengukur kinerja, melakukan evaluasi, dan memberi tindak lanjut perbaikan. Contohnya adalah monitoring cakupan imunisasi balita setiap triwulan.

Penerapan prinsip POAC tersebut kedalam pelayanan kesehatan tidaklah lepas dari variasi struktur organisasi kesehatan. Bentuk organisasi dapat berbeda sesuai level dan jenis layanan kesehatannya, sehingga pengimplementasian POAC juga akan berbeda kompleksitasnya. POAC di Puskesmas menekankan pada pelaksana organisasi pelayanan kesehatan di tingkat primer, sedangkan Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan rujukan dengan struktur hierarkis lebih kompleks juga mempunyai POAC yang kompleks. Pada Dinas kesehatan sebagai lembaga pemerintah daerah yang berperan sebagai regulator, koordinator, dan pengawas layanan kesehatan, sedangkan Kementerian Kesehatan mempunyai otoritas tertinggi dalam kebijakan kesehatan nasional. Keduanya mempunyai tujuan pengimplementasian POAC yang berbeda dari unit layanan kesehatan seperti Puskesmas maupun Rumah Sakit.

Administrasi kesehatan berperan sebagai penghubung antara kebijakan kesehatan dengan implementasi di lapangan. Peran tersebut meliputi 1). Mengelola sumber daya kesehatan agar tersedia cukup, terdistribusi merata, dan digunakan efisien; 2). Mengkoordinasikan program kesehatan lintas sektor (gizi, imunisasi, KIA, PTM, penyakit menular); 3). Mendorong

efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan; 4). Menyediakan data dan informasi sebagai dasar pengambilan Keputusan; dan 5). Menjamin mutu layanan melalui akreditasi, standar pelayanan, dan evaluasi kinerja (Syahputri, R. & Hartono, S., 2023).

F. Teori dan Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan salah satu instrumen utama dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Tanpa adanya kebijakan yang tepat, program kesehatan sulit diarahkan, dikelola, maupun dievaluasi. Kebijakan kesehatan tidak hanya berupa peraturan formal dari pemerintah, tetapi juga keputusan strategis organisasi kesehatan, rumah sakit, hingga komunitas internasional. Secara teoritis, kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai pendekatan dalam ilmu kebijakan publik, administrasi publik, dan teori sistem kesehatan. Menurut WHO (2018), kebijakan kesehatan adalah keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan spesifik dalam bidang kesehatan Masyarakat (WHO, 2018).

Beberapa konsep penting dalam kebijakan kesehatan antara lain: Kebijakan Publik sebagai keputusan pemerintah yang mengikat dan ditujukan untuk kepentingan masyarakat. Kemudian, Kebijakan Kesehatan Publik diterjemahkan sebagai kebijakan yang memengaruhi faktor-faktor penentu kesehatan, termasuk ekonomi, sosial, dan lingkungan. Sedangkan Kebijakan Kesehatan Spesifik adalah kebijakan yang langsung terkait pelayanan kesehatan, pembiayaan, obat, tenaga, serta sistem informasi kesehatan (Buse et al., 2012).

Penerapan kebijakan kesehatan ini mempunyai karakteristik yang berbeda untuk setiap tingkatan (Rosen & Geller, 2019). Lebih rinci dijelaskan pada tabel berikut ini.

Tabel 6.4 Karakteristik Kebijakan pada Berbagai Tingkatan Kebijakan Kesehatan

Tingkatan	Contoh	Karakteristik
Global	Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC)	Mengikat antarnegara
Nasional	UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional	Mengatur seluruh rakyat
Daerah	Perda Kawasan Tanpa Rokok	Kontekstual, sesuai kebutuhan daerah
Institusional	SOP pelayanan rumah sakit	Spesifik, operasional

Terdapat berbagai teori kebijakan kesehatan yang mendasari penerapannya dalam pelayanan kesehatan dari beragam tingkatan di atas, yakni (Buse et al., 2012; Rosen & Geller, 2019)

1. *Rational Comprehensive Model*

Asumsinya pengambil keputusan mempertimbangkan semua alternatif dengan analisis rasional. Kelebihan teori ini adalah logis dan sistematis, tetapi kelemahannya adalah sulit diterapkan karena keterbatasan informasi dan waktu. Contohnya: penyusunan sistem JKN-BPJS melalui studi mendalam sebelum implementasi.

2. *Incrementalism Model*

Kebijakan dibuat secara bertahap (*evolutionary*, bukan *revolusioner*). Contohnya: perubahan bertahap dalam tarif kapitasi JKN.

3. *Multiple Streams Model*

Kebijakan lahir saat tiga aliran bertemu, yakni *problem stream* (masalah kesehatan), *policy stream* (solusi), dan *political stream* (dukungan politik). Contohnya: lahirnya kebijakan PPKM pada masa pandemi COVID-19.

4. *Advocacy Coalition Framework*

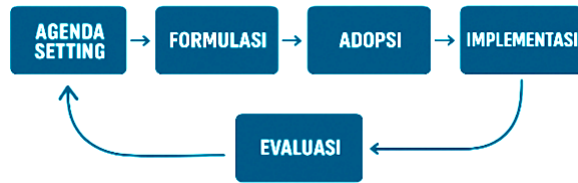
Kebijakan dipengaruhi kelompok kepentingan, NGO, akademisi, dan pemerintah. Contohnya: advokasi RUU Kesehatan oleh asosiasi profesi kesehatan.

5. *Teori Institusionalisme*

Kebijakan dipengaruhi oleh struktur institusi, aturan formal, serta norma sosial. Contohnya: akreditasi rumah sakit yang diatur KARS/Menkes.

Di Indonesia, relevansi prinsip dasar dan teori kebijakan kesehatan ini di implementasikan pada beberapa program, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang menjadi contoh kebijakan kesehatan nasional terbesar dengan pendekatan rasional komprehensif. Kebijakan Pengendalian Tembakau mencerminkan peran NGO dan advokasi masyarakat sipil. Kebijakan Penanggulangan COVID-19 merupakan contoh nyata teori *multiple streams* dalam kebijakan kesehatan. Desentralisasi Kesehatan (UU 23/2014) memperlihatkan bagaimana kebijakan disesuaikan dengan konteks lokal.

Menurut Dunn (2017), kebijakan publik adalah suatu rangkaian aktivitas yang berorientasi pada pemecahan masalah, dimulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi kebijakan. Terdapat 5 tahapan proses formulasi kebijakan kesehatan untuk publik. Proses ini bersifat dinamis, artinya setiap tahap saling berhubungan dan hasil evaluasi dapat kembali memengaruhi agenda kebijakan di periode berikutnya. Setiap tahapan memiliki aktor, mekanisme, dan tantangan yang berbeda, namun bersama-sama membentuk siklus kebijakan yang dinamis. Evaluasi berperan penting karena hasilnya dapat menjadi masukan untuk agenda setting berikutnya, sehingga tercipta proses perbaikan kebijakan yang berkelanjutan. Lebih rinci dijelaskan pada gambar berikut ini.



Gambar 6.3 Siklus Kebijakan Kesehatan

1. Agenda Setting

Sebagai tahap awal masalah kesehatan diidentifikasi, diprioritaskan, dan didefinisikan sebagai isu yang layak masuk ke agenda kebijakan pemerintah. Tidak semua masalah kesehatan dapat diangkat ke agenda kebijakan karena keterbatasan sumber daya. Contohnya: tingginya prevalensi stunting di Indonesia menjadi perhatian utama setelah data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi mencapai 30,8%. Masalah ini kemudian masuk ke agenda prioritas nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Faktor yang memengaruhi agenda setting, antara lain: 1). Besarnya dampak masalah terhadap Masyarakat, 2). Tekanan dari media, LSM, atau masyarakat sipil, 3). Dukungan politik dari legislatif dan eksekutif, dan 4). Data dan bukti ilmiah yang menunjukkan urgensi masalah.

2. Formulasi Kebijakan

Pada tahap ini, pemerintah dan aktor terkait menyusun alternatif solusi yang dipilih untuk mengatasi masalah kesehatan. Proses formulasi kebijakan melibatkan analisis kebijakan, konsultasi dengan ahli, uji coba program, serta pembahasan lintas sektor. Contohnya: dalam kasus stunting, alternatif kebijakan yang diformulasikan meliputi program perbaikan gizi ibu hamil dan balita, program pemberian makanan tambahan dan bantuan pangan, intervensi kesehatan lingkungan seperti sanitasi dan air bersih, serta program edukasi gizi dan pemberdayaan keluarga. Formulasi kebijakan tidak hanya memilih solusi

terbaik secara teknis, tetapi juga mempertimbangkan aspek ekonomi, politik, sosial, dan budaya.

3. Adopsi Kebijakan

Adopsi kebijakan adalah tahap di mana kebijakan yang telah diformulasikan kemudian dipilih dan disahkan melalui mekanisme formal, biasanya dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, atau peraturan menteri. Contohnya: Penetapan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting sebagai dasar hukum intervensi nasional. Penyusunan Permenkes terkait standar pelayanan gizi dan kesehatan ibu-anak. Keberhasilan adopsi kebijakan sangat ditentukan oleh dukungan politik, konsensus antaraktor, serta legitimasi hukum.

4. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan adalah proses pelaksanaan keputusan kebijakan ke dalam program nyata di lapangan. Tahap ini melibatkan birokrasi, tenaga kesehatan, pemerintah daerah, serta masyarakat. Contohnya: implementasi kebijakan percepatan penurunan stunting dilakukan melalui Intervensi spesifik (kesehatan, gizi, imunisasi, pelayanan ibu hamil), Intervensi sensitif (pendidikan, air bersih, sanitasi, perlindungan sosial), dan Kolaborasi lintas sektor antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan, dan pemerintah daerah. Tantangan implementasinya adalah keterbatasan anggaran, distribusi tenaga kesehatan, koordinasi lintas sektor, serta resistensi sosial budaya.

5. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan bertujuan menilai sejauh mana kebijakan mencapai tujuan yang diharapkan. Evaluasi dilakukan dengan melihat aspek efektivitas, efisiensi, pemerataan, responsivitas, dan keberlanjutan. Contohnya: evaluasi kebijakan penurunan stunting dilakukan melalui survei gizi nasional, monitoring cakupan intervensi, serta analisis efektivitas biaya program. Hasil Riskesdas 2023

menunjukkan prevalensi stunting turun menjadi 21,6%, menandakan adanya kemajuan meskipun target 14% pada 2024 masih menantang.

Jenis evaluasi meliputi:

- a. Evaluasi Formatif (dilakukan saat implementasi berlangsung)
- b. Evaluasi Sumatif (dilakukan setelah program selesai untuk melihat dampaknya)
- c. Evaluasi Proses (menilai apakah program dijalankan sesuai rencana)
- d. Evaluasi Dampak (menilai efek jangka panjang terhadap status kesehatan)

G. Sistem Layanan Kesehatan di Indonesia

Sistem kesehatan adalah keseluruhan organisasi, sumber daya, dan mekanisme yang digunakan untuk meningkatkan, memulihkan, dan memelihara kesehatan masyarakat. WHO (2007) mendefinisikan sistem kesehatan sebagai semua aktivitas utama yang tujuan utamanya adalah meningkatkan status kesehatan, baik secara langsung melalui pelayanan kesehatan, maupun tidak langsung melalui kebijakan lintas sektor. Sistem kesehatan terdiri dari enam pilar utama (*health system building blocks*). Lebih rinci dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 6.4 Enam Pilar Utama Sistem Kesehatan

Secara umum, ada lima tujuan utama sistem kesehatan antara lain: 1). Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya; 2). Menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata; 3). Memberikan perlindungan finansial melalui mekanisme pembiayaan yang berkelanjutan; dan 4). Meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan (WHO, 2010).

Indonesia menganut sistem kesehatan berbasis desentralisasi, di mana pemerintah daerah memiliki kewenangan dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Sistem kesehatan nasional diatur dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang melahirkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sehingga Ciri khas sistem kesehatan Indonesia antara lain: (Maulana, 2022; Mulya, 2025)

1. Pelayanan berjenjang, yakni mulai dari layanan primer (puskesmas, klinik, praktik dokter), selanjutnya layanan sekunder (RS tipe C dan B), dan layanan tersier (RS tipe A).
2. JKN-KIS sebagai skema pembiayaan utama.
3. Keterlibatan multisector, yakni pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta, masyarakat, dan organisasi profesi.

Layanan primer sebagai ujung tombak sistem kesehatan yang bersentuhan langsung dengan Masyarakat. Layanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berfungsi sebagai gatekeeper dalam sistem pelayanan berjenjang. WHO menekankan bahwa layanan primer menjadi kontak pertama masyarakat dengan sistem kesehatan, berfokus pada promotif, preventif, kuratif sederhana, dan rehabilitatif dasar.

Di Indonesia, puskesmas menjadi layanan primer paling utama. Puskesmas memiliki wilayah kerja tertentu dan bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat secara menyeluruh, baik perorangan maupun komunitas. Jenis layanan kesehatan primer yang diberikan berupa 1). Promotif yakni

penyuluhan kesehatan, program PHBS, imunisasi, 2). Preventif yakni skrining kesehatan, deteksi dini penyakit menular dan tidak menular, 3). Kuratif yakni pengobatan penyakit umum, dan terakhir adalah layanan 4). Rehabilitatif yakni rujukan dan tindak lanjut sederhana.

Administrasi layanan primer mencakup perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program kesehatan. Dokumen utama dalam manajemen puskesmas berupa RUK (Rencana Usulan Kegiatan) dan RPK (Rencana Pelaksanaan Kegiatan), SOP pelayanan kesehatan, dan Sistem informasi puskesmas (SIP) untuk pencatatan dan pelaporan. Kesemua proses administrasi Puskesmas di atur dalam Permenkes RI No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, dan Permenkes RI No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Selain itu, puskesmas juga mengelola sumber daya manusia, obat, sarana prasarana, serta keuangan (termasuk dana kapitasi JKN) sebagai pengimplementasian administrasi kesehatan di layanan primer.

Selanjutnya Rumah Sakit sebagai layanan kesehatan rujukan juga melaksanakan administrative kesehatan yang lebih kompleks. Layanan kesehatan rujukan adalah pelayanan kesehatan lanjutan yang diberikan setelah pasien dirujuk dari fasilitas pelayanan primer. Sistem rujukan bertujuan untuk menjamin pelayanan kesehatan efektif, efisien, berjenjang, dan terintegrasi. Administrasi layanan rujukan mencakup Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) untuk mempercepat proses rujukan antar faskes, Pengelolaan SDM spesialis di rumah sakit, Manajemen pembiayaan yakni klaim JKN dengan sistem INA-CBG's, dan Standar mutu pelayanan yaitu akreditasi rumah sakit, *patient safety, clinical governance*.

Secara sederhana, keterkaitan antara kesemuanya bahwa Sistem kesehatan sebagai kerangka besar yang mengatur semua aktivitas kesehatan. Di dalamnya terdapat layanan primer sebagai pintu masuk utama sekaligus penanggung jawab kesehatan komunitas, serta layanan rujukan sebagai penjamin pelayanan lanjutan yang lebih kompleks. Administrasi yang

baik di kedua level ini sangat menentukan keberhasilan sistem kesehatan nasional, terutama dalam konteks JKN yang menuntut efisiensi, mutu, dan keadilan layanan.

H. Manajemen Sumber Daya Kesehatan

Manajemen sumber daya kesehatan merupakan pilar penopang keberhasilan sistem kesehatan nasional. Tanpa pengelolaan tenaga kesehatan, pembiayaan, logistik, sarana, dan informasi yang baik, administrasi dan kebijakan kesehatan tidak akan berjalan efektif. Oleh karena itu, strategi penguatan manajemen sumber daya harus dilakukan secara komprehensif, terintegrasi, dan berorientasi pada keadilan serta keberlanjutan. Manajemen sumber daya kesehatan merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengendalian (POAC) dalam mengelola berbagai sumber daya agar digunakan secara efektif, efisien, merata, dan berkelanjutan (Fayol, 1946; Terry, 2003; Permenkes RI, 2015; Maduratna, 2025).

Ruang lingkup utama dalam manajemen sumber daya kesehatan meliputi:

1. Manajemen tenaga kesehatan (*health workforce management*)

Tenaga kesehatan adalah ujung tombak pelayanan kesehatan. Menurut UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, tenaga kesehatan meliputi tenaga medis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, teknik biomedik, dan tenaga kesehatan tradisional.

Tantangan utama manajemen tenaga kesehatan adalah distribusi tidak merata (lebih banyak terkonsentrasi di kota besar dibanding daerah terpencil), keterbatasan kompetensi akibat kesenjangan kualitas pendidikan dan pelatihan, tantangan terakhir adalah retensi tenaga kesehatan di daerah terpencil masih rendah.

Strategi manajemen untuk mengatasi berbagai tantangan dan memperkuat tenaga kesehatan melalui pengimplementasian administrasi dan kebijakan kesehatan

yanga dekuat seperti penguatan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan berbasis analisis beban kerja, melakukan rekrutmen dan distribusi sesuai kebutuhan daerah, mengembangkan kapasitas (*capacity building*) melalui pendidikan berkelanjutan, dan memberikan insentif dan motivasi kerja untuk tenaga kesehatan di daerah 3T (tertinggal, terdepan, terluar).

2. Manajemen pembiayaan kesehatan (*health financing management*)

Pembiayaan kesehatan merupakan salah satu pilar utama sistem kesehatan. Di Indonesia, pembiayaan dikelola melalui kombinasi sumber dana yakni APBN, APBD, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), asuransi swasta, dan *out-of-pocket* (OOP) masyarakat. Tujuan manajemen pembiayaan kesehatan adalah menjamin ketersediaan dana yang cukup, mengurangi risiko finansial masyarakat akibat biaya kesehatan, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan.

Tantangan utama manajemen pembiayaan kesehatan adalah defisit keuangan BPJS Kesehatan, ketergantungan besar pada OOP (meskipun sudah menurun sejak JKN), dan adanya perbedaan kapasitas fiskal antar daerah.

Strategi manajemen untuk mengatasi berbagai tantangan pembiayaan kesehatan ini melalui diversifikasi sumber pembiayaan kesehatan, mengupayakan peningkatan efisiensi belanja kesehatan, dan adanya transparansi dan akuntabilitas dalam penggunaan anggaran.

3. Manajemen logistik, obat, dan perbekalan kesehatan

Obat, vaksin, dan alat kesehatan merupakan kebutuhan mendasar dalam pelayanan kesehatan. Kegagalan manajemen logistik dapat menyebabkan *stock out*, keterlambatan layanan, hingga meningkatnya angka kesakitan dan kematian. Komponen utama dalam manajemen logistik kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan obat dan alat kesehatan, pengadaan yang transparan dan sesuai regulasi, distribusi yang merata hingga

daerah terpencil, dan melakukan monitoring serta evaluasi penggunaan logistik.

Tantangan utama manajemen logistik, obat, dan perbekalan kesehatan adalah keterlambatan distribusi ke daerah terpencil, keterbatasan infrastruktur rantai dingin (*cold chain*) untuk vaksin, dan adanya praktik korupsi dalam pengadaan alat kesehatan.

4. Manajemen sarana-prasarana kesehatan

Sarana dan prasarana mencakup fasilitas fisik seperti puskesmas, rumah sakit, laboratorium, dan infrastruktur pendukung (jalan, listrik, air). Permasalahan yang dihadapi dalam manajemen sarana-prasarana kesehatan meliputi ketimpangan kualitas infrastruktur antar daerah, banyak puskesmas belum sesuai standar (misalnya akses air bersih dan listrik), dan pemeliharaan serta manajemen aset yang belum optimal. Strategi perbaikan mencakup pembangunan infrastruktur baru, renovasi fasilitas yang ada, serta sistem asset management berbasis teknologi.

5. Manajemen informasi kesehatan

Informasi kesehatan merupakan dasar pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based decision making*). Sistem informasi kesehatan di Indonesia meliputi SIP (Sistem Informasi Puskesmas), SISRUITE (Sistem Rujukan Terintegrasi), SIRANAP (Sistem Informasi Rawat Inap), dan e-Satusehat sebagai platform integrasi data nasional. Tantangan utama manajemen informasi kesehatan adalah data kesehatan yang terfragmentasi antar system, kurangnya tenaga informasi kesehatan, dan rendahnya kualitas pencatatan dan pelaporan.

I. Metodologi Analisis Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Analisis AKK merupakan suatu pendekatan ilmiah untuk memahami, menilai, dan memberikan rekomendasi terkait perumusan, implementasi, serta evaluasi kebijakan kesehatan. Dalam praktiknya, analisis kebijakan berfungsi sebagai jembatan antara ilmu pengetahuan (*evidence*) dan pengambilan keputusan

(*policy making*) (Walt, & Gilson, 1994; Teitelbaum & Wilensky, 2017).

Metodologi analisis AKK mengombinasikan pendekatan multidisiplin yang mencakup ilmu kesehatan masyarakat, ekonomi kesehatan, ilmu politik, administrasi publik, dan epidemiologi. Dengan demikian, metodologi ini tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga analitis dan normatif, yakni memberikan arahan solusi yang dapat diimplementasikan oleh pembuat kebijakan. Dengan metodologi yang sistematis, analisis kebijakan kesehatan dapat menjadi instrumen penting untuk memastikan bahwa setiap kebijakan yang diambil tidak hanya berbasis bukti, tetapi juga adil, efektif, dan berkelanjutan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Adapun tujuan utama analisis AKK adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang mendesak, menyediakan alternatif kebijakan yang rasional dan berbasis bukti, mengevaluasi efektivitas, efisiensi, dan keadilan suatu kebijakan, memberikan rekomendasi praktis yang dapat diimplementasikan oleh pemangku kepentingan, dan terakhir untuk meningkatkan akuntabilitas, transparansi, dan keberlanjutan kebijakan (Walt & Gilson, 1994).

Menurut Dunn (2017), terdapat beberapa pendekatan metodologis dalam analisis kebijakan publik yang relevan diterapkan di bidang kesehatan. Lebih rinci dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 6.5 Pendekatan dalam Analisis AKK

1. Pendekatan Normatif

Berfokus pada nilai dan prinsip yang seharusnya dijadikan dasar kebijakan. Contohnya: prinsip keadilan dalam distribusi layanan kesehatan.

2. Pendekatan Empiris

Menggunakan data dan bukti ilmiah untuk menilai masalah kesehatan. Contohnya: analisis epidemiologi tentang prevalensi stunting atau TBC.

3. Pendekatan Evaluatif

Menganalisis efektivitas dan efisiensi kebijakan yang sedang berjalan. Contohnya: evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

4. Pendekatan Prospektif

Memprediksi dampak dari kebijakan yang direncanakan. Contohnya: simulasi ekonomi kesehatan untuk cukai rokok.

5. Pendekatan Partisipatif

Melibatkan aktor dan stakeholder dalam proses analisis. Contohnya: forum konsultasi masyarakat dalam penyusunan Perda Kesehatan.

Dari berbagai pendekatan dalam analisis AKK tersebut di atas, maka diterapkan beberapa metode analisis yang sesuai dengan landasan pendekatan analisis AKK. Adapun metode analisis AKK tersebut adalah sebagai berikut. (Walt & Gilson, 1994; Dunn et al, 2017).

1. Analisis Masalah (*Problem Analysis*)

Identifikasi masalah kesehatan menggunakan data epidemiologi, survei kesehatan, atau data pelayanan. Teknik yang digunakan: root cause analysis, fishbone diagram, atau problem tree. Contohnya: tingginya angka kematian ibu dianalisis dari segi akses layanan, kualitas tenaga, dan pembiayaan.

2. Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholder Analysis*)

Mengidentifikasi aktor yang berperan dalam kebijakan (pemerintah, DPR, tenaga kesehatan, LSM, masyarakat). Alat analisisnya berupa *power-interest grid* atau *mapping influence*. Adapun Tujuannya adalah untuk mengetahui dukungan, kepentingan, dan potensi konflik antar aktor.

3. Analisis Alternatif Kebijakan

Membandingkan berbagai opsi kebijakan berdasarkan kriteria efektivitas, efisiensi, keadilan, dan keberlanjutan. Metode yang digunakan bisa *Cost-Benefit Analysis* (CBA), *Cost-Effectiveness Analysis* (CEA), maupun *Multi-Criteria Decision Analysis* (MCDA). Contohnya: memilih antara subsidi pangan bergizi atau intervensi langsung pemberian makanan tambahan (PMT) pada balita stunting.

4. Analisis Implementasi

Menilai kapasitas birokrasi, sumber daya manusia, anggaran, serta kesiapan regulasi. Model implementasinya berupa *Top-down model* (dari pemerintah pusat ke daerah), maupun *Bottom-up model* (berbasis inisiatif lokal). Contohnya: perbedaan implementasi kebijakan JKN di daerah perkotaan vs daerah terpencil.

5. Analisis Evaluasi Kebijakan

Bertujuan untuk menilai hasil kebijakan yang sudah berjalan. Metode evaluasinya berupa Evaluasi Formatif (saat implementasi berlangsung), Evaluasi Sumatif (setelah program selesai), Evaluasi Dampak (jangka panjang, misalnya penurunan angka kesakitan). Alatnya menggunakan *logic model*, *balanced scorecard*, *performance indicators*.

Berdasarkan metode analisis AKK di atas, maka dikembangkan instrumen dan teknik analisis AKK yang sesuai untuk layanan kesehatan antara lain Data Epidemiologi dan Demografi sebagai alat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan. *Economic Evaluation Tools* berupa CBA, CEA, *budget impact analysis*. *Policy Delphi/FGD* (*Focus Group Discussion*) dengan melibatkan pakar dan Masyarakat. *SWOT Analysis* guna menganalisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dari sebuah administrasi dan kebijakan kesehatan. Metode *Health Technology Assessment* (HTA) guna analisis efektivitas dan keamanan teknologi kesehatan baru.

Saat ini masih terdapat banyak hambatan dalam pelaksanaan analisis AKK, hambatan itu berupa keterbatasan data kesehatan yang akurat dan terintegrasi, pengaruh kepentingan politik yang dapat mendistorsi hasil analisis, keterbatasan kapasitas teknis analisis kebijakan, dan terakhir hambatan implementasi di lapangan akibat perbedaan kapasitas daerah.

J. Etika Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Etika merupakan landasan moral yang mengatur perilaku individu maupun institusi dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Dalam konteks administrasi dan kebijakan kesehatan, etika berperan penting untuk memastikan bahwa setiap keputusan, kebijakan, maupun tindakan yang diambil tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga adil, manusiawi, dan menghargai hak asasi manusia (Gostin, 2000).

Administrasi dan kebijakan kesehatan sering kali berhadapan dengan dilema moral, misalnya dalam prioritas anggaran kesehatan, alokasi sumber daya terbatas, distribusi layanan kesehatan, atau pengambilan keputusan terkait teknologi medis baru. Oleh karena itu, pemahaman tentang etika menjadi krusial bagi administrator kesehatan maupun pembuat kebijakan.

Mengacu pada bioethics dan etika kebijakan publik, terdapat sejumlah prinsip yang harus diperhatikan, antara lain: (Beauchamp & Childress, 2013).

1. Prinsip Otonomi

Menghormati hak individu untuk menentukan keputusan terkait kesehatannya. Contohnya: hak pasien untuk menerima atau menolak tindakan medis.

2. Prinsip Beneficence (Berbuat Baik)

Setiap kebijakan dan administrasi kesehatan harus berorientasi pada manfaat terbesar bagi masyarakat. Contohnya: program imunisasi massal untuk mencegah wabah penyakit menular.

3. Prinsip Non-Maleficence (Tidak Membahayakan)

Menghindari kebijakan atau tindakan yang menimbulkan risiko atau kerugian bagi individu atau kelompok. Contohnya: uji coba obat baru harus memperhatikan keamanan pasien.

4. Prinsip Justice (Keadilan)

Menjamin akses yang adil terhadap layanan kesehatan tanpa diskriminasi. Contohnya: distribusi tenaga kesehatan ke daerah terpencil dan 3T.

5. Prinsip Transparansi dan Akuntabilitas

Setiap proses administrasi dan pengambilan kebijakan harus terbuka, dapat dipertanggungjawabkan, dan melibatkan partisipasi publik.

Pengimplementasian prinsip etika dalam AKK bisa dilihat secara rinci dalam proses manajemen yakni *Planning-Organizing-Actuating-Controlling* (POAC), dan dalam siklus kebijakan, yakni agenda setting-formulasi-adopsi-implementasi-evaluasi. Sebagai contoh, dalam perencanaan seharusnya penentuan prioritas program sejalan antara kebutuhan populasi mayoritas dan minoritas. Pengorganisasian, distribusi sumber daya manusia dan fasilitas harus dilakukan tanpa diskriminasi. Pelaksanaan, pelayanan harus mengedepankan profesionalisme, empati, dan kerahasiaan pasien. Evaluasi, data kesehatan harus diolah dengan menjunjung tinggi kerahasiaan dan hak privasi individu. Selanjutnya contoh pada siklus kebijakan adalah pada agenda setting masalah yang dipilih untuk dijadikan prioritas harus mempertimbangkan prinsip keadilan sosial. Formulasi Kebijakan, alternatif kebijakan harus mempertimbangkan dampak pada kelompok rentan. Adopsi Kebijakan, pengesahan regulasi tidak boleh dipengaruhi oleh konflik kepentingan atau kepentingan politik sempit. Implementasi Kebijakan, pelaksanaan program harus menghindari diskriminasi serta menjunjung nilai kemanusiaan. Evaluasi Kebijakan, hasil evaluasi harus dilaporkan secara transparan kepada publik.

Akan tetapi pada realitanya, dalam pelaksanaan teori dan konsep AKK masih ada penyimpangan maupun dilema etik. Contoh dilema etika yang sering muncul berupa prioritas anggaran kesehatan memilih antara alokasi untuk penyakit menular (misalnya TBC, malaria) atau penyakit tidak menular (misalnya kanker, diabetes), perbedaan layanan kesehatan antara masyarakat perkotaan dan pedesaan, penggunaan big data kesehatan untuk penelitian vs perlindungan kerahasiaan pasien, keputusan penggunaan terapi gen atau teknologi mahal yang hanya dapat diakses sebagian kecil populasi.

Indonesia telah menggalakkan berbagai upaya mengatasi isu etik dalam layanan kesehatannya melalui pelaksanaan Kode Etik Tenaga Kesehatan (misalnya kode etik kedokteran, keperawatan, kefarmasian), *Good Governance Principles* seperti transparansi, akuntabilitas, partisipasi, dan supremasi hukum, *Health Equity Framework* dengan memastikan kebijakan berorientasi pada pengurangan kesenjangan kesehatan. Meski begitu isu etik tetap menjadi tantangan dalam penerapan administrasi dan kebijakan kesehatan saat ini (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

K. Inovasi dalam Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Sistem kesehatan terus berkembang mengikuti dinamika sosial, ekonomi, politik, dan teknologi. Administrasi serta kebijakan kesehatan dituntut untuk adaptif, inovatif, dan berorientasi pada keberlanjutan. Inovasi dalam manajemen kesehatan dapat meningkatkan efisiensi, memperluas akses, serta memperbaiki kualitas pelayanan. Namun, di sisi lain, terdapat pula berbagai tantangan struktural dan kontekstual yang menghambat implementasi administrasi dan kebijakan (WHO, 2010; Buse et al., 2012).

Inovasi administrasi kesehatan adalah penerapan pendekatan baru dalam pengelolaan sumber daya, sistem layanan, maupun tata kelola. Beberapa bentuk inovasi di Indonesia maupun global antara lain:

1. Digitalisasi dan E-Health

Digitalisasi layanan kesehatan seperti penggunaan rekam medis elektronik (EMR), Satu Sehat, dan telemedicine untuk meningkatkan efisiensi layanan. Aplikasi mobile untuk promosi kesehatan, berupa PeduliLindungi dan aplikasi BPJS Kesehatan.

2. Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi

Sistem Informasi Terintegrasi dalam layanan kesehatan seperti integrasi data lintas fasilitas (puskesmas, rumah sakit, apotek, laboratorium). Penggunaan big data dan *artificial intelligence* untuk analisis epidemiologi dan prediksi penyakit.

3. Inovasi Pembiayaan Kesehatan

Contoh implementasi inovasinya seperti model pembiayaan berbasis kinerja (*performance-based financing*). Skema public-private partnership (PPP) untuk pembangunan infrastruktur kesehatan. Penerapan cukai kesehatan (contoh: cukai rokok dan minuman berpemanis).

4. Pelayanan Berbasis Komunitas

Community-based health care melalui Posyandu, kader kesehatan, dan program berbasis keluarga. *Model task shifting*, yaitu pelimpahan sebagian tugas medis ke tenaga kesehatan lain dengan pelatihan khusus.

5. Inovasi Teknologi Medis

Contoh implementasi inovasinya seperti penggunaan alat diagnostik portabel di daerah terpencil. Vaksin baru dengan stabilitas tinggi yang tidak memerlukan rantai dingin kompleks.

Selain administrasi, kebijakan kesehatan juga terus diperbarui melalui inovasi regulasi dan strategi, seperti Pendekatan *Whole-of-Government* dan *Whole-of-Society*, dimana kebijakan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan, tetapi lintas sektor (pendidikan, lingkungan, pangan, transportasi) melalui pelibatan peran aktif masyarakat sipil dan swasta. Contoh lainnya seperti kebijakan kesehatan berbasis bukti (*Evidence-Based Policy*) melalui

keputusan kebijakan didasarkan pada data riset dan kajian ilmiah (ilustrasinya pada kebijakan penanggulangan pandemi COVID-19 dengan dasar epidemiologi dan model prediksi).

DAFTAR PUSTAKA

- Almunawar, M. N. & Anshari, M. (2012) 'Health Information Systems (HIS): Concept and Technology', *preprint*, arXiv.
- Anderson, J.E., 2003. *Public Policymaking: An Introduction*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Asante, A. et al. (2023) 'The benefits and burden of health financing in Indonesia', *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press.
- Breslow, L. et al. (eds.) (2002) *Encyclopaedia of Public Health*. New York: Macmillan Reference.
- Buse, K., Mays, N. & Walt, G. (2005) *Making Health Policy*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Chalik Sjaaf, A. & Darmawan, E. S. (2016) *Administrasi Kesehatan Masyarakat: Teori dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Dunn, W. N. (2017) *Public Policy Analysis: An Introduction*. 6th edn. London: Routledge.
- Dye, T.R., 2017. *Understanding Public Policy*. 15th ed. Boston: Pearson.
- Edozien, L. C. (2020) *Self-Determination in Health Care: A Property Approach to the Protection of Patients' Rights*. London: Routledge.
- Ewi, Y., Hermawati, S. & Mahadewi, E. (2025) 'Analysis of BPJS Based National Health Insurance Program Financing for Sectio Caesarea Birth in Indonesia', *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 5(1).
- Fayol, H. (1949) *General and Industrial Management*. Translated by C. Storrs. London: Pitman Publishing.

- Feldstein, P. J. (2016) *Health Policy Issues: An Economic Perspective*. 8th edn. Chicago: Health Administration Press.
- Gostin, L.O., 2000. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley: University of California Press.
- Hood, C. & Dixon, R. (2015) *A Government That Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government*. Oxford: Oxford University Press.
- Idris, H. (2018) *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Juliansyah, R., Aqid, B. M., Salsabila, A. P. & Nurfiyanti, K. (2024) 'Implementation of EMR System in Indonesian Health Facilities: Benefits and Constraints', *preprint*, arXiv.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012. *Kode Etik Tenaga Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lapodi, A. R. (2021) *Administrasi Kebijakan Kesehatan*. Deepublish: Yogyakarta.
- Maduratna, E. S., Judijanto, L., Wasita, R. R., Irawan, Y. G., & Sitepu, F. B. (2025) *Manajemen dan Administrasi Pelayanan Kesehatan*. Green Pustaka Indonesia.
- Maulana, N. et al. (2022) 'How Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) coverage influences out-of-pocket payments: evidence from Indonesia', *BMC Public Health*, 22:1786.
- Mboi, N. (2015) 'Indonesia: On the Way to Universal Health Care', *Asia & the Pacific Policy Studies*, 2(1), pp. 30-59.
- Merson, M.H., Black, R.E. & Mills, A.J., 2012. *Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Mulya, A. B. (2025) 'Development of BPJS from Participation, Government & Pandemic Changes', *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*.

- Muttaqien, M. et al. (2021) 'Why did informal sector workers stop paying for JKN?', *BMC Health Services Research*, 21:89.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes RI, 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rosen, R. & Geller, M., 2019. *Health Policy: Theory and Practice*. London: Routledge.
- Ross, R. et al. (2018) *Results of a Survey of Private Hospitals in the Era of Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional*. Washington, DC: Palladium/Health Policy Plus.
- Syahputri, R. & Hartono, S., 2023. *Manajemen Kebijakan Pelayanan Kesehatan*. Media Neliti.
- Teitelbaum, J. B. & Wilensky, S. E. (2017) *Essentials of Health Policy and Law*. 3rd edn. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Terry, G.R. (2003) *Principles of Management*. 8th edn. Homewood, IL: Richard D. Irwin.
- Walt, G. & Gilson, L., 1994. *Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis*. *Health Policy and Planning*, 9(4), pp.353–370.
- World Health Organization (WHO), 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2018. *Health policy*. Geneva: World Health Organization.

TENTANG PENULIS



Dr. Aries wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

Penulis merupakan seorang praktisi dan akademisi di bidang kesehatan dan keperawatan. Lahir di Kediri, 8 Maret 1973. Penulis menempuh pendidikan Ners di STIKES RS. Baptis Kediri, lulus tahun 2010. Penulis juga merupakan lulusan Magister Kesehatan (AKK) dari universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2011. Menyelesaikan Program Doktor Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, lulus tahun 2024. Penulis saat ini aktif sebagai dosen tetap di STIKES RS Baptis Kediri serta terlibat dalam berbagai kegiatan edukasi dan seminar di sektor pelayanan kesehatan. Penulis juga memiliki pengalaman dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, menjadi supervisor keperawatan di Rumah Sakit Baptis Kediri tahun 2007-2009 serta memiliki prestasi sebagai Juara I Perawat teladan kategori institusi pendidikan dari DPW PPNI Propinsi Jawa Timur tahun 2022. Sebagai Dosen Penulis juga aktif melakukan kegiatan Tri Darma Perguruan Tinggi. Melakukan kegiatan pengabdian masyarakat, *health education* dalam upaya meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan upaya pemberdayaan masyarakat. Melakukan penelitian, mengangkat *issue* kesehatan di masyarakat khususnya pada penyakit menular (TBC) yang diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata dan mendukung kebijakan pemerintah untuk eliminasi TB Nasional. Dalam pengajaran, konsentrasi bidang keilmuan penulis adalah ilmu kesehatan masyarakat. Mata kuliah yang diampu saat ini diantaranya adalah Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Penyuluhan Kesehatan serta keperawatan komunitas.

Email: aries.wahyuningsih@gmail.com



Linda Anggorowati, S.K.M., M.P.H. lahir di Kendal pada 29 Maret 1988. Ia tercatat sebagai lulusan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada (2016) dan lulusan S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Semarang (2011). Linda memiliki pengalaman kerja sebagai pengajar di perguruan tinggi sejak 2016. Saat ini ia bekerja sebagai Dosen Program Studi Farmasi (bidang Farmasi Sosial) di Universitas Negeri Semarang.
Email: lindraanggorowati@mail.unnes.ac.id



Dr. drg. Febrian, MKM, Lahir di Padang, 27 Februari 1969. Riwayat Pendidikan: lulus sebagai Dokter gigi dari Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia tahun 1995, Lulus sebagai Magister dari Program Pasca Sarjana S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia tahun 2006, Lulus sebagai Doktor dari program Pasca Sarjana S3 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2018. Riwayat pekerjaan ; pernah bekerja di puskesmas Dinkes Kab Biak Numfor tahun 1995-1997, di puskesmas Dinkes Kab Agam tahun 1997-1999, di puskesmas dan di Dinkes Kota Padang tahun 1999-2008, dan dari tahun 2009 sampai saat ini bertugas sebagai dosen tetap Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Andalas dan juga mengajar di Program Studi Pasca Sarjana S2 dan S3 kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Saat ini sudah memiliki beberapa publikasi ilmiah yang diterbitkan di journal internasional dan nasional terindeks dan juga menulis sebagai penulis book chapter ber ISBN. Bidang studi yang di ajarkan adalah Dental Public Health dan Health Economic. Selain mengajar juga sebagai klinisi yang berpraktik pribadi sebagai dokter gigi dan pembimbing klinik mahasiswa profesi kedokteran gigi di Rumah Sakit Gigi Mulut Universitas Andalas. Penulis dapat di hubungi melalui email: febrian@dent.unand.ac.id



Fitri Andayani, S.KM., M.ScPH kelahiran Jakarta, pada 27 Januari 1967. Pendidikan Diploma III Kesehatan Lingkungan ditamatkan di APK-TS Depkes Jakarta, pada Tahun 1988 dan melanjutkan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di FKM-UI lulus Tahun 1999. Kemudian mengikuti *Program Post Graduate in Public Health* di Griffith University, Brisbane, Australia, lulus Tahun 2004. Wanita yang disapa Fitri ini adalah anak dari pasangan Sardjoe (ayah) dan Ansoerati (ibu). **Fitri Andayani**. Saat ini tercatat sebagai dosen tetap di Program Studi D3 Sanitasi, Jurusan Kesehatan Lingkungan, Politeknik Kesehatan Jakarta II. Pada 2016 lalu, Fitri mengikuti *short course Food Security in Urbanizing Society* sebagai delegasi Indonesia di Wageningen University and Research di Belanda.

Email: fitri.andayani@poltekkesjkt2.ac.id



dr. Firdawati, M.Kes., Ph.D., FISPH., FiSCM. lahir di Kotohilalang'Bukittinggi. Pada tanggal 3 Juli 1972 .Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (1998). Alumni UGM pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat tahun 2006, dan lulusan S3 dari Medical Faculty Universiti Kebangsaan Malaysia tahun 2017. Menjadi staf Pengajar Tetap Fakultas Kedokteran Unand departemen Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Komunitas sejak tahun 1999. Pernah sebagai Ketua Departemen Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Komunitas, Sekretaris S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dan terakhir Ex. Ka Prodi Kedokteran. Email: firdawati@med.unand.ac.id atau firdawati_2001@yahoo.com



Dr. Yudhiakuari Sincihu, dr., M.Kes., FISPH., FISCN Lahir di Pagatan, pada 5 Februari 1984.

Saat ini sebagai dosen senior di Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. Ia mengajar pada bidang kesehatan masyarakat, khususnya gerontologi, epidemiologi, kesehatan lingkungan, kebijakan kesehatan, serta toksikologi. Ia juga berkomitmen dalam berbagai riset yang sejalan dengan pencapaian tujuan SDGs ke-3, yakni *good health and well-being*. Selain berkomitmen sebagai pengajar dan peneliti, Ia juga menerapkan keilmuannya sebagai praktisi dokter perusahaan di salah satu Badan Usaha Milik Negara bidang kelistrikan selama 15 tahun sampai sekarang. Pengetahuan, pengalaman dan dedikasi pengembangan keilmuan kesehatan masyarakat menjadikannya pakar dibidang Kesehatan Masyarakat yang dituliskan sebagian dalam buku ini.

Email: yudhiakuari@ukwms.ac.id



Susi Mulyati, S.Gz., MARS Lahir di Desa Donggobolo, Bima NTB, pada tanggal 08 Desember 1991, dari pasangan seorang ayah, Bapak M.Sidik dan Ibu Khadijah. Penulis merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara. Kakak Perempuan Ayu Megawati, S.Pd. dan Adik Perempuan Yuni Helmi, S.M., MM. Tahun 2009

menempuh Pendidikan S1 Ilmu Gizi di Fakultas Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta dan lulus tahun 2014 dengan gelar S.Gz. selanjutnya pada tahun 2014 melanjutkan Pendidikan S2 MARS (Magister Administrasi Rumah Sakit) Fakultas Kesehatan Universitas Respati Indonesia Jakarta Timur dan lulus tahun 2016 dengan gelar MARS. Kemudian pada tahun 2017 bekerja di salah satu rumah sakit swasta di Jakarta Selatan (RSIA BUDHI JAYA), menjabat sebagai "Ka.Unit Gizi, RT, Umum dan Kesling" pada tahun 2017 - 2023, Tahun 2018 penulis mengabdikan diri menjadi dosen part time di Stikes Istara Jakarta Timur sebagai Dosen Prodi

S1 Kesehatan Masyarakat. Kemudian Pada Bulan September Tahun 2023, penulis mengabdikan diri sebagai dosen tetap di Institut Kesehatan Hermina sebagai Dosen S1 Kesehatan Masyarakat dan menjabat sebagai Ka. Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Hermina.



Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., MKM lahir di Cilacap pada 15 November 1994. Ia menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan melanjutkan gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro. Saat ini, ia aktif dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan, yang berfokus pada isu-isu kesehatan masyarakat, epidemiologi, kesehatan reproduksi, serta kesehatan ibu dan anak. Email: wahyuratri@poltekindonusa.ac.id



Desta Ayu Pratama, S.Tr.Kes., Ftr., MKM. lahir pada 29 Mei 2000. Ia merupakan lulusan Magister Kesehatan Masyarakat dari Universitas Respati Indonesia. Wanita yang akrab disapa Desta ini adalah anak pertama dari pasangan Pauzi Rusli (ayah) dan Meliana (ibu). Sejak masa kuliah, Desta dikenal aktif dalam berbagai kegiatan organisasi baik internal kampus seperti Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM), maupun organisasi eksternal seperti Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) dan Forum Komunikasi Mahasiswa Politeknik se-Indonesia (FKMPI). Selain itu, ia juga aktif mengikuti berbagai kegiatan ilmiah seperti olimpiade, webinar, dan workshop di bidang kesehatan. Pada tahun 2025, Desta resmi diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) dan bertugas di Politeknik Negeri Lampung. Komitmennya dalam dunia pendidikan terus ia wujudkan melalui berbagai kontribusi di lingkungan akademik

maupun masyarakat. Untuk keperluan komunikasi, ia dapat dihubungi melalui email: destaayu29@polinela.ac.id.



Egi Nisura, SKM., M.Kes lahir di Padang Panjang, pada 1 November 1993. Ia tercatat sebagai Universitas Andalas, Padang Sumatera Barat. Wanita yang kerap disapa Egi ini adalah anak dari pasangan Syamsuner,S.Pd (ayah) dan Yurniati,S.Pd (ibu). Sebelum memantapkan diri dibidang kesehatan masyarakat khususnya epidemiologi, saya pernah menjalani pendidikan kebidanan pada tingkat diploma III dan menamatkan pada tahun 2014. Setelah bekerja selama 1 tahun, saya memutuskan melanjutkan pendidikan pada jurusan kesehatan masyarakat. Saat ini saya sudah bekerja sebagai seorang dosen di salah satu perguruan tinggi negeri di Bandar Lampung.



Heru Laksono, S.KM., MPH. lahir di Muara Aman, pada 22 Agustus 1974. Tercatat sebagai lulusan sarjana pada Peminatan Epidemiologi FKM-Universitas Indonesia dan alumni FETP Universitas Gadjah Mada tahun 2009. Pernah bekerja sebagai tenaga surveilens Puskesmas Kampung Bali Kota Bengkulu dan Seksi Surveilens Dinas Kesehatan Kota Bengkulu. Saat ini terdaftar sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Bengkulu.



Habriani, S.KM., M.Kes lahir di Lakanaha, pada 5 Oktober 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Halu Oleo. Wanita yang kerap disapa Ani ini adalah anak dari pasangan La Ode Mpae (ayah) dan Wa Mida (ibu). **Habriani** aktif dalam kegiatan akademik maupun sosial, khususnya di bidang kesehatan masyarakat Selain itu, penulis juga memiliki pengalaman dalam penelitian, pengabdian masyarakat. Buku ini merupakan salah satu buku pertama yang

ditulis sebagai bentuk kontribusi penulis dalam menuangkan gagasan dan pengetahuan, dengan harapan dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi referensi dalam pengembangan ilmu.

Email: habriani90@gmail.com atau
habriani.skm@dosen.itbkmmubar.ac.id.