



# **KAJIAN REGULASI SUMBER-SUMBER PEMBIAYAAN KESEHATAN SELAIN APBD DAN MEKANISME PEMANFAATAN UNTUK PENINGKATAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN DI DAERAH**

**DISUSUN OLEH  
PUSAT STUDI DEMOKRASI DAN OTONOMI DAERAH FAKULTAS HUKUM UNNES  
DAN  
BAPEMPERDA & KOMISI IV DPRD KABUPATEN WONOGIRI  
2025**

**LAPORAN AKHIR**  
**KAJIAN REGULASI SUMBER-SUMBER PEMBIAYAAN KESEHATAN**  
**SELAIN APBD DAN MEKANISME PEMANFAATAN UNTUK**  
**PENINGKATAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN DI DAERAH**

**DISUSUN OLEH**  
**PUSAT STUDI DEMOKRASI DAN OTONOMI DAERAH**  
**FAKULTAS HUKUM UNNES**  
**DAN**  
**BAPEMPERDA & KOMISI IV DPRD KABUPATEN WONOGIRI**

---

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas perkenan-Nya maka Kajian Regulasi Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Selain APBD dan Mekanisme Pemanfaatan untuk Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan di Daerah dapat diselesaikan. Penyusun ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu hingga tersusunnya kajian ini.

Kami menyadari bahwa kajian ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu Penyusun memohon kiranya agar diberikan masukan-masukan agar dalam penyusunan naskah akademik yang mendatang menjadi jauh lebih baik.

Penyusun berharap semoga kajian ini dapat dipergunakan sebagai acuan atau referensi dalam menentukan kebijakan alternatif sumber-sumber pembiayaan kesehatan selain APBD dan mekanisme pemanfaatan untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan di daerah.

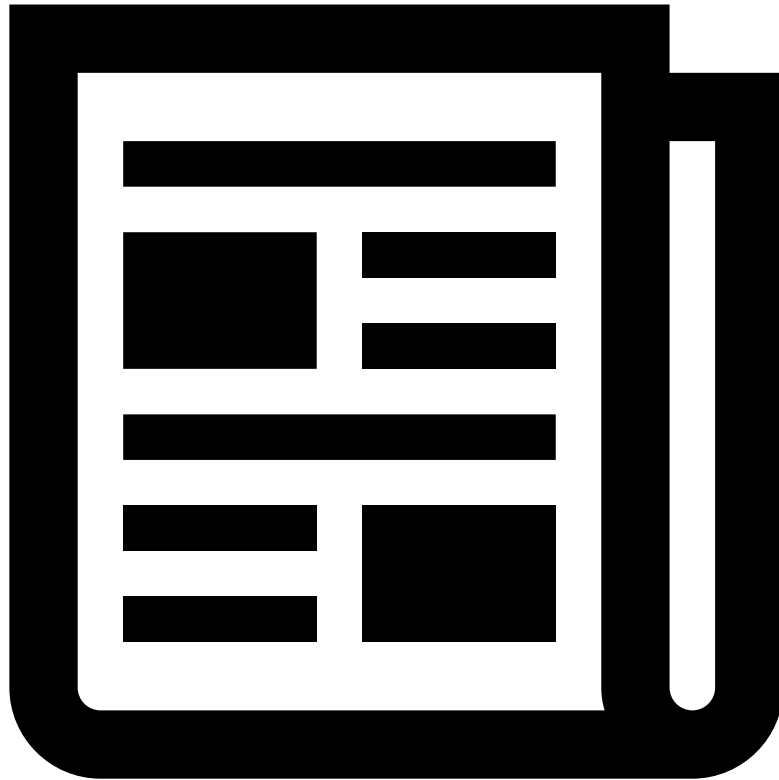
Wonogiri, Desember 2025

**Tim Penyusun**

## DAFTAR ISI

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| KATA PENGANTAR .....                                                    | i  |
| DAFTAR ISI .....                                                        | ii |
| BAB I PENDAHULUAN .....                                                 | 1  |
| 1.1. Latar Belakang.....                                                | 2  |
| 1.2. Rumusan Masalah .....                                              | 8  |
| 1.3. Tujuan Penelitian.....                                             | 8  |
| 1.4. Manfaat Penelitian .....                                           | 9  |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKAN DAN LANDASAN TEORI.....                        | 10 |
| 2.1. Tinjauan Pustaka.....                                              | 11 |
| 2.1.1. Tinjauan tentang Sistem Kesehatan.....                           | 11 |
| 2.1.2. Tinjauan tentang Integrasi Program Kesehatan<br>Masyarakat ..... | 14 |
| 2.1.3. Tinjauan tentang Transformasi Kesehatan .....                    | 18 |
| 2.1.4. Tinjauan tentang Konsep Dasar Pembiayaan Kesehatan<br>.....      | 22 |
| 2.2. Landasan Teori .....                                               | 27 |
| 2.2.1. Teori Keadilan .....                                             | 27 |
| 2.2.2. Teori Peran.....                                                 | 28 |
| 2.2.3. Teori <i>Economic Analysis of Law</i> .....                      | 30 |
| 2.2.4. Teori <i>Law as a Tool of Social Engineering</i> .....           | 34 |
| BAB III METODE PENELITIAN .....                                         | 36 |
| 3.1. Jenis Penelitian.....                                              | 36 |
| 3.2. Metode Pendekatan .....                                            | 36 |
| 3.3. Jenis Data.....                                                    | 37 |
| 3.4. Tempat Pengambilan Data .....                                      | 39 |
| 3.5. Teknik Pengumpulan Data.....                                       | 39 |
| 3.6. Teknik Analisis Data .....                                         | 41 |

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....                                                                                                                  | 42 |
| 4.1. Kondisi Eksisting Pembiayaan Kesehatan Di Kabupaten Wonogiri.....                                                                                        | 43 |
| 4.1.1. Wilayah Penelitian.....                                                                                                                                | 43 |
| 4.1.2. Pembiayaan Kesehatan di Indonesia .....                                                                                                                | 44 |
| 4.2. Kondisi Eksisting Pembiayaan di Kesehatan di Kabupaten Wonogiri.....                                                                                     | 55 |
| 4.3. Pemanfaatan Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Selain APBD Untuk Meningkatkan Kualitas Layanan Kesehatan di Kabupaten Wonogiri .....                     | 59 |
| 4.3.1. Isu Strategis Pembiayaan Kesehatan Daerah .....                                                                                                        | 59 |
| 4.3.2. Mobilisasi Sumber-sumber Non-Pemerintah untuk Kesehatan .....                                                                                          | 64 |
| 4.3.3. Optimalisasi Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan .. | 65 |
| 4.3.4. Manajemen Optimalisasi Rekonsiliasi Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan dengan Pemerintah Daerah.....                                      | 70 |
| BAB V PENUTUP.....                                                                                                                                            | 71 |
| 5.1. Simpulan .....                                                                                                                                           | 72 |
| 5.2. Saran.....                                                                                                                                               | 73 |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                                                                                                          | 73 |



# BAB I

## PENDAHULUAN

### **1.1. Latar Belakang**

Tujuan Negara Indonesia sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI Tahun 1945) khususnya dalam Alinea keempat, diantaranya memuat bahwa negara melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Kemudian dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 juga menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pencapaian amanat konstitusi tersebut harus didukung dengan pembangunan seluruh bidang kehidupan yang berlandaskan Pancasila sebagai dasar negara. Salah satu bidang yang berpengaruh dalam pembangunan nasional adalah bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Selanjutnya, kesehatan sebagai hak asasi manusia sehingga harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat. Sebagai hak manusia, *World Health Organization (WHO)* mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi yang

meliputi fisik, mental dan spiritual dan sosial secara menyeluruh bukan hanya terhindar dari penyakit atau kecatatan<sup>1</sup> sehingga dimungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan semua bangsa sangat penting untuk mencapai perdamaian dan keamanan dan tergantung pada kerja sama individu sepenuhnya beserta dengan Negara.

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya. Sistem kesehatan sebagai seluruh kegiatan yang mana mempunyai maksud utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Mengingat maksud tersebut, maka termasuk dalam hal ini tidak saja pelayanan kesehatan formal, tetapi juga yang tidak formal, seperti misalnya pelayanan pengobatan tradisional, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, serta pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan juga merupakan bagian dari sistem kesehatan.<sup>1</sup>

WHO telah mengembangkan kerangka kerja sistem kesehatan yang dikenal dengan *Six Building Blocks* yang terdiri dari 6 pilar yaitu: a. pelayanan kesehatan; b. tenaga kesehatan, c. informasi kesehatan, d. alat kesehatan/vaksin/teknologi, e. pembiayaan kesehatan; serta f. kepemimpinan (*leadership*). Keenam pilar tersebut merupakan suatu kesatuan yang memiliki tujuan antara (*intermediate goals*) seperti: a. akses; b. cakupan, c. mutu; dan d. keamanan kesehatan yang akan menghasilkan *outcome* seperti: a. peningkatan derajat kesehatan; b.

---

<sup>1</sup> Constitution of the World Health Organization 1946, "Health is a state of complete physical, mental dan social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" WHO. Constitution of the World Health Organization 1946. Geneva: s.n, 1946.



Reponsivitas; c. perlindungan risiko sosial dan keuangan, serta d. peningkatan efisiensi kesehatan.<sup>2</sup>

Adapun untuk menguatkan sistem kesehatan digunakan pendekatan daya guna yang mencakup penetapan status kesehatan yang diinginkan sebagai starting point dalam mengidentifikasi hambatan dan permasalahan sistem Kesehatan. Kemudian, hal tersebut untuk mengatasi permasalahan sistem kesehatan sebagai sebuah langkah yang spesifik untuk mencapai hasil melalui upaya yang berdampak pada semua aspek. Selanjutnya, mengatasi isu kapasitas dan kebijakan sistem kesehatan. Lalu, mendorong pengembangan strategi dan rencana sistem kesehatan nasional dan mengurangi investasi yang tidak diperlukan, serta meningkatkan pengawasan dan evaluasi. Penguatan sistem dilakukan dengan penekanan pada dua level dalam sistem itu sendiri yakni tingkat sistem yang mencakup kebijakan, regulasi, alokasi sumber daya, serta penguatan pada tingkat proses pelayanan. Pilar-pilar tersebut tidak terlepas dari elemen kesehatan yang ada di dalamnya seperti infrastruktur, kebijakan dan regulasi, perencanaan, pembiayaan kesehatan dan penguatan sistem pengawasan dan evaluasi.

Pencapaian kerangka kerja sistem kesehatan Six Building Blocks sudah banyak dikritisi dan dievaluasi oleh peneliti maupun aktivis terkait. Oleh karena itu, dalam kondisi tidak normal seperti bencana dan krisis kesehatan, sangat diharapkan kerja sama lintas sektoral dan penguatan kapasitas sektor kesehatan untuk mencapai tujuan akhir dari kerangka kerja sistem kesehatan Six Building Blocks<sup>3</sup> dimaksud.

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> WHO. *Six Building Blocks* diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>, pada tanggal 12 November 2025

Menurut Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) Pasal 25 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan, kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya.<sup>4</sup> Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain telah diakui secara internasional. Hak atas kesehatan meliputi hak untuk mendapatkan kehidupan dan pekerjaan yang sehat, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan perhatian khusus terhadap kesehatan ibu dan anak.

Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.<sup>5</sup> Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Indonesia sebagai negara berkembang masih dihadapkan pada masalah rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak mampu menjawab kompleksitas penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang semakin tergantung pada teknologi Kesehatan yang semakin mahal dan rumit. Sistem pelayanan kesehatan yang padat teknologi dan semakin mahal menuntut penanganan yang profesional yang diselenggarakan oleh institusi yang handal dan menuntut metoda penyelenggaraan yang mampu bekerja efektif, efisien, dan sekaligus memuaskan.

---

<sup>4</sup> Pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR).

<sup>5</sup> Pasal 28H UUD NRI Tahun 1945.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan suatu masyarakat menurut World Health Organization (WHO) diperlukan anggaran minimal 5% – 6% dari total APBN suatu negara, sedangkan untuk mencapai derajat kesehatan yang ideal diperlukan anggaran 15% - 20% dari APBN. Anggaran yang cukup besar tersebut memang diperlukan karena biaya kesehatan yang cukup tinggi sedangkan kesehatan tetap harus menjadi prioritas karena merupakan investasi guna meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas warganya.

Tingkat kesejahteraan nasional yang diukur berdasarkan gross domestic bruto sangat berhubungan erat dengan pembiayaan kesehatannya. Semakin besar tingkat pendapatan perkapitanya, semakin besar pula pembiayaan kesehatannya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) Tahun 2012 bahwa peningkatan pembiayaan kesehatan mempunyai korelasi dengan derajat kesehatan yang lebih baik.

Berdasarkan Undang-undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah memberikan kewenangan kepada Pemerintahan Daerah untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan yang diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran masyarakat. Disamping itu melalui otonomi, daerah diharapkan mampu meningkatkan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan dan kekhasan suatu daerah dalam Sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pelaksanaan desentralisasi tidak terlepas dari berbagai masalah yang timbul diantaranya kurangnya komitmen Pemerintah Daerah dalam pembangunan kesehatan, masih kurangnya pelayanan bagi penduduk miskin serta kurangnya kemampuan staf daerah serta. Selain masalah tersebut masalah kualitas dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Sektor kesehatan tentunya akan bersaing dengan sektor

lain supaya memperoleh alokasi dana yang cukup untuk program pelayanan bagi masyarakat.

Sehubungan dengan pelaksanaan otonomi daerah, Kabupaten Wonogiri dewasa ini juga mengalami kesulitan pembiayaan dalam penyelenggaraan kesehatan. Setelah berlakunya Undang-undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan keluarnya Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 adalah tentang Perangkat Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal tanggung jawab daerah semakin besar dalam membiayai kesehatan. Namun analisis fiskal daerah mengungkapkan bahwa kemampuan fiskal daerah Kabupaten Wonogiri sangat terbatas. Keadaan ini disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- a. Anggaran daerah (APBD) sebagian besar berasal dari transfer dana dari pusat, termasuk DAK fisik dan DAK-nonfisik yang peruntukannya diatur oleh pusat. Peranan PAD kecil, yaitu sekitar 10%;
- b. Belanja Pegawai (BP) rata-rata mencapai 46% dari APBD. Ini berarti kapasitas fiskal untuk belanja non gaji adalah 54%;
- c. Daerah juga harus mengalokasikan 20% APBD untuk pendidikan;
- d. Selain untuk SPM kesehatan, daerah juga bertanggung jawab membiayai 5 SPM lain. Secara total ada 29 jenis pelayanan dasar dalam 6 SPM yang menjadi kewajiban daerah;
- e. Daerah juga perlu membiayai pembangunan infrastruktur yang menjadi tanggung jawab daerah (misalnya pembangunan dan pemeliharaan jalan kabupaten/kota).

Gambaran kapasitas fiskal seperti dikemukakan di atas merupakan tantangan besar dalam kebijakan pembiayaan kesehatan di masa mendatang. Tantangan besar ini kemudian menjadi semangat DPRD Kabupaten Wonogiri melalui Komisi IV dan BAPEMPERDA DPRD Kabupaten Wonogiri untuk melakukan kajian Kajian Regulasi

Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Selain APBD dan Mekanisme Pemanfaatan untuk Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan di Daerah. Hal ini merupakan bentuk untuk mewujudkan pencapaian target-target indikator pembangunan kesehatan pemerintah daerah di saat seperti sekarang, dimana kondisi saat ini kebijakan pemerintah pusat yang mengurangi dana transfer ke daerah, yang bertujuan untuk efisiensi anggaran dan dapat berdampak pada pembangunan daerah. Efeknya adalah daerah perlu mencari cara lain untuk membiayai programnya, seperti dengan efisiensi belanja, mencari pendapatan daerah tambahan, atau bahkan berpotensi menunda program-program yang vital.

### **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang maka dapat dirumuskan beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana kondisi eksisting pembiayaan kesehatan di Kabupaten Wonogiri?
2. Apa sasaran yang akan diwujudkan terkait mekanisme pemanfaatan sumber-sumber pembiayaan kesehatan selain APBD untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Sehubungan dengan kegiatan penelitian yang akan dilakukan, maka adapun tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisa kondisi eksisting pembiayaan kesehatan di Kabupaten Wonogiri.
2. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan terkait mekanisme pemanfaatan sumber-sumber pembiayaan kesehatan selain APBD untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Secara praktis, hasil kajian ini menjadi instrument akademik bagi Komisi IV dan BAPEMPERDA DPRD Kabupaten Wonogiri untuk menentukan kebijakan terkait mekanisme pemanfaatan sumber-sumber pembiayaan kesehatan selain APBD untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan.



# BAB II

## **TINJAUAN PUSTAKAN DAN LANDASAN TEORI**

## **2.1. Tinjauan Pustaka**

### **2.1.1. Tinjauan tentang Sistem Kesehatan**

WHO mendefinisikan sistem kesehatan dengan melibatkan semua orang sebagai individu maupun seluruh organisasi yang fokus utamanya pada promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan. Tujuannya adalah peningkatan dan pemerataan kesehatan dengan cara responsif, adil secara keuangan, serta memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara efisien<sup>6</sup>. Komponen individu dalam sistem kesehatan menggunakan kerangka aksi WHO yang digambarkan dengan 6 (enam) kotak bangunan sistem kesehatan yang disatukan menjadi sistem yang lengkap. Dalam kerangka aksi tersebut menjadi bentuk yang sesuai dalam pemanfaatan sistem kesehatan dan pemahaman dampak pendanaan kesehatan atas intervensi pendanaan yang terkumpul. Kotak bangunan sistem kesehatan, terdiri atas:

- a. Pemberian pelayanan, termasuk pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan yang efektif, aman, dan berkualitas yang diberikan kepada mereka yang membutuhkan, kapan dan dimana pelayanan tersebut dibutuhkan termasuk didalamnya infrastruktur dengan meminimalisir sumber daya yang terbuang.
- b. Tenaga Kesehatan, yang responsif, adil dan efisien dengan ketersediaan sumber daya dengan jumlah yang cukup.
- c. Informasi Kesehatan, dengan memastikan produksi, analisis, diseminasi, dan penggunaan informasi yang tepat dan mutakhir pada faktor-faktor determinan kesehatan, pelaksanaan sistem kesehatan, dan status kesehatan.
- d. Teknologi kesehatan, meliputi produk medis, vaksin dan teknologi lain yang berkualitas, terjamin keamanan, efikasi, dan biaya yang efektif.

---

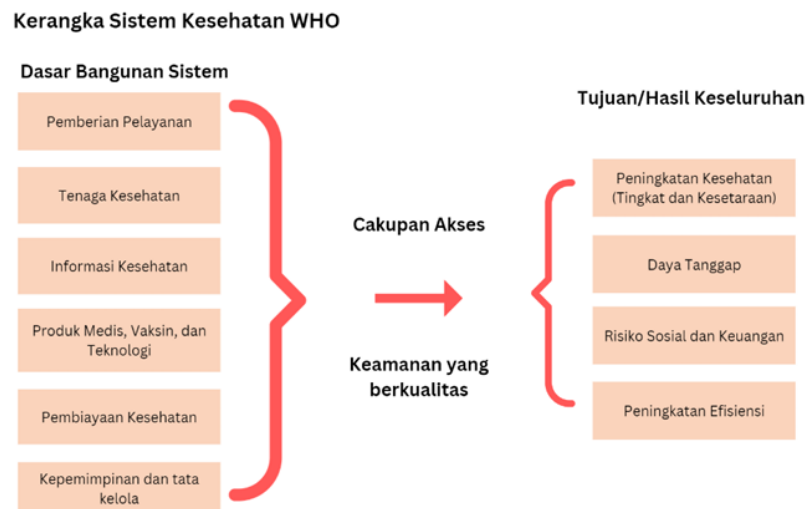
<sup>6</sup> World Health Organization. System Thinking for Health Systems Strengthening. WHO: Geneva. 2009.



- e. Pembiayaan Kesehatan mengumpulkan dana yang memadai untuk kesehatan dengan cara yang pasti dapat digunakan pada layanan yang dibutuhkan dan perlindungan dari bencana dan kemiskinan.
- f. Kepemimpinan dan tata kelola, memastikan kerangka kebijakan strategis yang dikombinasikan dengan pengawasan yang efektif, pembangunan yang akuntabilitas, regulasi, dan desain sistem.

Kotak bangunan bukan merupakan suatu sistem, tetapi perlu ada hubungan dan interaksi diantara kotak bangunan yang saling mempengaruhi dan dipengaruhi, sehingga sistem kesehatan dapat dipahami dengan menggunakan pengaturan dan interaksi bagian bagian dan memungkinkan sistem untuk mencapai tujuan yang dirancang, yang kemudian ditampilkan dalam gambar berikut:

**Gambar 2. 1 Dasar Bangunan Sistem Kesehatan: Tujuan dan Atribut**



*Sumber: Health Systems Strengthening (WHO).*

Sistem Kesehatan sebagai sistem makro dengan fokus pada interaksi di antara unsur bagian, dengan membangun interaksi secara dinamis, sinergis dan pergerakan dalam subsistem sehingga secara keseluruhan sistem yang tercakup didalamnya terhubungan dengan sistem yang lebih besar, dan

sistem kesehatan digunakan sebagai pelayanan pengiriman yang kemudian menjadi bagian sistem rumah sakit dan juga sistem laboratorium dan diantara kesemuanya saling bersinergi dan berinteraksi dalam kotak bangunan sistem Kesehatan.

Sumber Daya Manusia sebagai fokus bukan hanya sebagai pusat sistem namun juga sebagai pelaku yang mengendalikan sistem tersebut, dengan posisinya sebagai individu, anggota masyarakat dan pemangku kepentingan dan juga pelaku kunci yang akan mempengaruhi setiap kotak bangunan, Penempatan Sumber Daya sesuai dengan WHO yang memperbaharui komitmen dengan prinsip dan nilai dalam pemberian pelayanan Kesehatan primer yang berkeadilan sosial dan juga ikut serta dalam Kerjasama lintas sektoral yang kemudian digambarkan sebagai berikut:

**Gambar 2. 2 Hubungan Dinamis kotak bangunan dalam Sistem Kesehatan**



*Sumber:* Health Systems Strengthening (WHO).

Sistem kesehatan bertujuan untuk merespons kebutuhan dan harapan yang dimiliki masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Cakupan sistem kesehatan meliputi perseorangan, masyarakat, lembaga, informasi, pendanaan dan strategi tata pemerintahan dalam memberikan layanan pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat. WHO mengidentifikasi 6 (enam) unsur yang diperlukan dalam menetapkan, mempertahankan, dan memperkuat dalam sistem kesehatan.

### **2.1.2. Tinjauan tentang Integrasi Program Kesehatan Masyarakat**

Kesehatan masyarakat memberikan manfaat dengan melakukan kolaborasi dengan pelayanan kesehatan yang bertujuan sebagai upaya peningkatan kesehatan masyarakat menuju perawatan primer menjadi maju, dengan melakukan integrasi satu sama lain. Kesehatan perseorangan dan masyarakat tidak dapat dipisahkan dengan konsep baru untuk kesehatan masyarakat dan integrasi layanan primer yang menempatkan kesehatan masyarakat pusat menjadi transformasi dan berdampak pada hasil kesehatan dengan dukungan komunikasi yang konsisten, memfasilitasi layanan dan fleksibilitas tenaga kesehatan dan memanfaatkan keseimbangan antara kelebihan dan kekurangan setiap kolaborasi yang melibatkan Puskesmas dan masyarakat dengan perilaku kesehatan masyarakat sebagai perlindungan kesehatan yang memperkuat pelayanan kesehatan jiwa.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Tener Goodwin Veenema, et al. Integrating Primary Care and Public Health to Save Lives and Improve Practice During Public Health Crises: Lessons from COVID-19. Baltimore: John Hopkins Center for Health Security. 2021.

Integrasi kesehatan primer<sup>8</sup> dan kesehatan masyarakat<sup>9</sup> mencakup berbagai kegiatan, termasuk keterlibatan dan partisipasi masyarakat, promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, kegiatan pencegahan, manajemen penyakit kronis, skrining, imunisasi dan pengendalian penyakit menular, kegiatan sistem informasi, pengembangan terbaik pedoman praktik, melakukan penilaian kebutuhan, penjaminan dan evaluasi mutu, dan pendidikan profesi<sup>10</sup>. Contoh intervensi yang mempromosikan integrasi yang ditingkatkan yang diidentifikasi dalam lima kategori besar yang mengikuti model Kolaborasi Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat, yaitu:

- a. Mengoordinasikan layanan kesehatan perseorangan, menjadi strategi dalam melakukan promosi yang melibatkan kerjasama di antara sektoral antara perawatan klinis dan kesehatan masyarakat. Dalam pelaksanaan koordinasi, dilakukan kegiatan yaitu pencegahan, diagnose dan pengobatan dan rehabilitasi yang kemudian secara paralel dilakukan konsultasi; peserta layanan kesehatan diberikan layanan dukungan sebagai latihan pemulihan; dan dibangun pusat rehabilitasi dalam satu atap yang berbasis masyarakat pada satu tempat.
- b. Menerapkan perspektif populasi untuk praktik klinis, yaitu dengan menggunakan dan berbagi informasi kesehatan yang berbasis populasi seperti terkait dengan masalah kesehatan, risiko kesehatan dalam masyarakat dan tindakan pencegahan

---

<sup>8</sup> Félix-Bortolotti. Unravelling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation. 2009; Boerma & Kringos. Introduction, in: Kringos DS et al. (eds) Building primary care in a changing Europe. 2015

<sup>9</sup> Ancheson D. Public Health in England: The Report of Committee into the Future Development of Public Health Function. London, HMSO. 1988; Bjorn Jensen, Lukic & Gulis, The delivery of health promotion and environmental health services: public health or primary care settings? Healthcare (Basel). 2018.

<sup>10</sup> Martin-Misener R et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Primary Health Care Research & Development, 2012. 13(4):327–346.

bagi kelompok masyarakat; penggunaan strategi berbasis populasi seperti skrining permasalahan kesehatan masyarakat luas dengan penemuan kasus dan program yang mengarahkan pada perawatan; dan penggunaan alat yang berbasis seperti epidemiologi klinis, penilaian risiko, analisis efektivitas pendanaan sebagai peningkatan manajemen praktik layanan dengan menginformasikan regulasi pada penyediaan layanan dan juga yang mendukung peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.

- c. Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat, dengan melibatkan data yang diperoleh dalam layanan primer yang mendukung kesehatan masyarakat, dengan kegiatan yang mencakup pada pelaksanaan penilaian kesehatan masyarakat untuk memfasilitasi perencanaan dan pengembangan kesehatan dan layanan dan memastikan pelaksanaan program kesehatan dan layanan rujukan yang dibutuhkan masyarakat; menggunakan pertemuan klinis dan data bersama untuk membangun basis data komunitas dan menggunakan peluang untuk melakukan identifikasi penyebab permasalahan kesehatan, seperti faktor risiko sosial dan perilakunya serta upaya penanganannya, melalui konsultasi atas pelaksanaan program kesehatan.
- d. Memperkuat promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan mengadopsi pendekatan berbasis populasi dan memperkuat promosi dan pencegahan penyakit melalui pelatihan pola perilaku hidup sehat atas risiko dan masalah lingkungan, melaksanakan sosialisasi regulasi terkait Kesehatan, upaya target pelaksanaan peningkatan kesehatan masyarakat.

- e. Berkolaborasi seputar kebijakan, pelatihan, dan penelitian, dengan kebijakan sistem kesehatan yang dilibatkan dalam Pendidikan lintas sektoral dan pelatihan serta penelitian kesehatan atas penanganan dan pencegahan permasalahan situasi kedaruratan/krisis<sup>11</sup>.

Dalam menghadapi pandemi COVID-19 yang dialami pada kesehatan masyarakat dengan melakukan testing, tracing, tracking dan pengawasan yang dilakukan dengan cara komunikasi tradisional atas fungsi kesehatan masyarakat melalui kegiatan vaksinasi berkala dan skrining penyakit. Namun pada saat yang bersamaan, beberapa faktor sosial dan tenaga kesehatan serta adaptasi operasional layanan mempengaruhi kapasitas dan kemampuan pelayanan primer untuk pemenuhan tuntutan tambahan akibat pandemic COVID-19, seperti pada praktik pelayanan kedokteran pada klinik rawat jalan yang berbasis Rumah Sakit beralih menjadi virtual atau telemedisin sebagai sarana pemberian perawatan, namun tenaga medis dan tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan kesehatan masyarakat sehingga hubungan di antara komunitas sebelum dan masa pandemi tetap memberikan pelayanan yang optimal.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Lasker R et al. *Medicine & Public Health: The power of collaboration*. New York, Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health, The New York Academy of Medicine. 1997. Diakses dari <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/medicine-amp-public-health-the-power-of-collaboration> pada 14 November 2025

<sup>12</sup> Tener Goodwin Veenema, et al. *Integrating Primary Care and Public Health to Save Lives and Improve Practice During Public Health Crises: Lessons from COVID-19*. Baltimore: John Hopkins Center for Health Security. 2021.

### **2.1.3. Tinjauan tentang Transformasi Kesehatan**

Dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan, Pemerintah Pusat dan pemerintahan daerah memiliki peran dalam empat aspek, yaitu pengaturan, pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan. Keempat aspek tersebut dijalankan secara harmonis dan saling mendukung dalam proses pelaksanaan pembangunan. Lebih lanjut, semenjak adanya desentralisasi, pemerintah pusat memiliki peran steering yang cukup besar dibandingkan rowing, yang memiliki arti berupa peran pengaturan, pembinaan, dan pengawasan merupakan porsi terbesar dalam tugas dan fungsi pemerintah pusat dibandingkan dengan peran pelaksanaan yang merupakan peran terbesar pemerintah daerah.

Selain itu, menyadari bahwa urusan kesehatan merupakan urusan lintas sektor dan lintas pemangku kepentingan, maka Kementerian Kesehatan juga memiliki tugas dan fungsi untuk menjamin keseimbangan berbagai pihak yang terlibat, menyusun aturan dan mengevaluasi proses pelaksanaannya melalui peran pengaturan, pembinaan, dan pengawasan.

Dengan demikian, kerangka regulasi yang merupakan suatu kerangka untuk mengatur pola dan tata cara serta unsur pendukung terkait pelaksanaan pembangunan tersebut merupakan hal yang utama pada konteks ini. Regulasi atau yang disebut dengan peraturan perundang-undangan pada dasarnya merupakan acuan dalam bertindak, baik bagi penyelenggara negara maupun bagi masyarakat, termasuk di bidang kesehatan.

Peraturan perundang-undangan selayaknya dirumuskan dengan jelas, tegas, sinkron, dan konsisten sehingga mudah dipahami dan diimplementasikan. Peraturan perundang-undangan yang dibentuk juga sebaiknya sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau berlaku efektif dan efisien serta memprioritaskan kualitas dibandingkan kuantitas. Hal ini dimaksudkan untuk tidak menyulitkan setiap pihak dalam

pemahaman dan mematuhiinya sehingga dapat dilakukan simplifikasi terhadap peraturan yang telah ada. Hanya dengan peraturan perundang-undangan yang baik dan berkualitas, maka kepastian hukum dapat terwujud sehingga mampu membangun keteraturan hukum yang kondusif bagi pencapaian kehidupan berbangsa dan bernegara yang lebih baik.

Semakin banyaknya peraturan perundang-undangan yang dibentuk, dalam perjalanannya ditemukan beberapa peraturan perundang-undangan yang tumpang tindih yang dalam hal ini mengidentifikasikan belum harmonis, efektif dan efisiennya sebagian peraturan perundang-undangan yang ada.

Beberapa permasalahan juga ditemui dalam implementasi peraturan perundang-undangan antara lain terdapat konflik, multi-tafsir, inkonsisten, dan tidak operasional baik dengan peraturan yang setingkat maupun dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Untuk meminimalisir permasalahan tersebut perlu dilakukan pembenahan antara lain melakukan kajian sebelum menyusun peraturan perundang-undangan, penguatan partisipasi pemangku kepentingan atau uji publik, melakukan simplifikasi dan penyaringan kelayakan. Selain itu, peraturan perundang-undangan yang telah disusun perlu dilakukan penyebarluasan agar peraturan perundang-undangan tersebut dapat mampu laksana dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang berkeadilan sosial.

Regulasi bidang kesehatan dibutuhkan dalam upaya mencapai sasaran strategis penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan bidang kesehatan yang sejalan dengan visi misi Presiden. Urusan pemerintahan dan/atau prioritas pembangunan bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan diwujudkan dalam bentuk program dan pelayanan bidang kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan regulasi yang



memadai sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan dengan baik.

Kepastian hukum semakin penting untuk diwujudkan dalam rangka mengatur dinamika dan perilaku sosial dalam berbagai kegiatan termasuk penyelenggaraan negara dan pembangunan. Di bidang kesehatan kepastian hukum sangat mempengaruhi mutu pelayanan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pembentukan peraturan perundang-undangan pada dasarnya dimaksudkan untuk mengatasi suatu permasalahan dalam penyelenggaraan kehidupan bernegara dan bermasyarakat, menciptakan ketertiban dan keamanan, memperbaharui perilaku masyarakat, dan untuk mengarahkan atau mendorong pelaksanaan pembangunan.

Kementerian Kesehatan mendapatkan tugas untuk menjalankan visi Presiden dalam mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan, dengan Menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dengan *outcome* yang ingin dicapai, yaitu:

- a. Meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi;
- b. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat; Memperbaiki pengendalian penyakit;
- c. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS); dan
- d. Memperkuat sistem kesehatan dan pendalian obat dan makanan.

Dalam melaksanakan visi RPJMN 2020-2024, Kementerian Kesehatan melakukan komitmen dengan transformasi pada sistem kesehatan, yaitu:

- 1) Transformasi Layanan Primer, yang meliputi:
  - a) Edukasi penduduk, yang mencakup (imunisasi, gizi seimbang, olah raga, anti rokok, sanitasi dan kebersihan lingkungan, skrining penyakit, kepatuhan pengobatan);

- b) Pencegahan primer, berupa penambahan imunisasi rutin yang kini menjadi 14 (empat belas) antigen dan juga perluasan cakupan di seluruh Indonesia;
  - c) Pencegahan sekunder, yaitu dengan pelaksanaan skrining pada 14 (empat belas) penyakit yang menjadi penyebab kematian tertinggi pada tiap sasaran usia, skrining stuning, dan peningkatan ANC untuk kesehatan ibu dan bayi.
  - d) Meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan primer, dengan pelaksanaan pembangunan puskesmas pada 171 (seratus tujuh puluh satu) kecamatan, penyediaan 40 (empat puluh) obat esensial, dan pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan primer.
- 2) Transformasi Layanan Rujukan, yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier, dengan perwujudan berupa pembangunan Rumah Sakit di wilayah timur, selain juga membangun jejaring pengampunan 6 (enam) layanan unggulan, kemitraan dengan *world's top healthcare centers*.
- 3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, yang mencakup:
- a) Meningkatkan ketahanan sektor farmasi dan alat kesehatan, berupa produksi dalam negeri yaitu 14 (empat belas) vaksin rutin, obat dan alat kesehatan dengan tingkat 10 (sepuluh) besar berdasarkan jumlah dan nilai.
  - b) Memperkuat ketahanan tanggap darurat, dengan jejaring surveilans berbasis laboratorium nasional, menyediakan tenaga cadangan tanggap darurat, dan kesiapsiagaan pada darurat krisis kesehatan.
- 4) Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, dengan pengaturan pendanaan kesehatan yang bertujuan agar tersedia, cukup dan berkelanjutan; pengalokasian yang adil dan pemanfaatan yang efektif dan efisien.

- 5) Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan, dengan penambahan kuota jumlah mahasiswa, penyediaan beasiswa baik di dalam maupun luar negeri, dan kemudahan penyetaraan tenaga medis dan tenaga kesehatan lulusan luar negeri.
- 6) Transformasi Teknologi Kesehatan, berupa pengembangan dan pemanfaatan teknologi, digitalisasi dan bioteknologi di sektor kesehatan.

Transformasi kesehatan dilakukan untuk memaksimalkan potensi pertumbuhan ekonomi Indonesia, yang berpotensi mendorong produk Domestik Bruto dengan potensi demografi informasi yang tumbuh dengan tambahan 8% per tahun, sehingga 68% populasi Indonesia akan berada pada usia produktif di antara 15-64 tahun di tahun 2030. Hal itu tidak akan tercapai tanpa didukung sistem kesehatan yang baik. Saat ini, ketersediaan tenaga kesehatan sebanyak 0,62 per 1.000 populasi, berada di bawah standar WHO yaitu 1 per 1.000 populasi. Layanan primer sejumlah 171 kecamatan tanpa Puskesmas, 17.000 desa/kelurahan tanpa Poskesdes atau Pustu, dan ketahanan kesehatan dengan Indeks resiliensi biofarma kita terendah yaitu 90% bahan baku obat impor, 88% alkes impor.<sup>13</sup>

#### **2.1.4. Tinjauan tentang Konsep Dasar Pembiayaan Kesehatan**

Adanya pembiayaan kesehatan didasarkan pada beberapa faktor penting yang mendasari perlunya sistem pembiayaan yang terstruktur dan berkelanjutan. Berikut adalah beberapa hal yang mendasari adanya pembiayaan kesehatan:

1. Biaya Pelayanan Kesehatan: Pelayanan kesehatan, termasuk perawatan medis, obat-obatan, peralatan medis, dan fasilitas kesehatan, memiliki biaya yang tinggi. Tanpa adanya

---

<sup>13</sup> Berdasarkan data transaksi alat kesehatan di tahun 2019-2020.

pembiayaan yang memadai, individu atau masyarakat sulit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan.

2. Keadilan Akses: Pembiayaan kesehatan diperlukan untuk memastikan akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh populasi. Dengan adanya sistem pembiayaan, sumber daya dapat dialokasikan secara efisien dan dapat diakses oleh individu yang membutuhkannya, terlepas dari status sosial, ekonomi, atau geografis.
3. Perlindungan Keuangan: Pembiayaan kesehatan membantu melindungi individu dan keluarga dari risiko keuangan yang terkait dengan biaya perawatan kesehatan yang tidak terduga atau mahal. Dengan adanya sistem pembiayaan, individu dapat memperoleh perlindungan finansial melalui asuransi kesehatan atau program perlindungan sosial lainnya.
4. Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan: Pembiayaan kesehatan merupakan faktor kunci dalam menjaga keberlanjutan pelayanan kesehatan. Dana yang cukup diperlukan untuk membiayai fasilitas kesehatan, gaji petugas kesehatan, pengadaan obat-obatan, dan berbagai kegiatan lainnya yang mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas.
5. Pembangunan Sistem Kesehatan: Pembiayaan kesehatan juga penting untuk pembangunan dan peningkatan sistem kesehatan secara keseluruhan. Dana yang diperoleh melalui pembiayaan kesehatan dapat digunakan untuk investasi dalam infrastruktur kesehatan, peningkatan kapasitas petugas kesehatan, penelitian dan pengembangan, serta program-program kesehatan masyarakat.

Pembiayaan kesehatan merupakan elemen penting dalam memastikan akses universal terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, perlindungan keuangan, dan keberlanjutan sistem kesehatan. Hal ini juga berkontribusi pada pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan dalam bidang kesehatan, termasuk

peningkatan harapan hidup, pengurangan angka kematian bayi dan ibu, serta penanggulangan penyakit menular dan tidak menular.

Di Indonesia, pembiayaan kesehatan juga mencakup beberapa model, yang mencerminkan keragaman kondisi geografis, sosial, dan ekonomi negara ini. Beberapa macam pembiayaan kesehatan yang ada di Indonesia adalah:

1. Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan): Program ini merupakan program asuransi sosial yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Iuran rutin dibayarkan oleh peserta, termasuk pekerja formal dan sektor informal, untuk mendapatkan jaminan akses ke pelayanan kesehatan.
2. Anggaran Pemerintah: Pemerintah Indonesia juga mengalokasikan dana dari anggaran negara untuk membiayai program-program kesehatan pengembangan infrastruktur kesehatan. dan
3. Pembiayaan Pribadi: Sebagian masyarakat Indonesia masih mengandalkan pembiayaan pribadi, seperti membayar secara tunai atau menggunakan asuransi kesehatan swasta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Dana Bantuan dan Donasi: Dana bantuan dan donasi dari organisasi internasional, lembaga swadaya masyarakat, atau perusahaan dapat membantu membiayai program-program kesehatan khusus atau bantuan dalam situasi krisis kesehatan.
5. Dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia terus berusaha untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan dengan memperkuat sistem pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

6. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda): Selain Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan), beberapa pemerintah daerah di Indonesia juga mengoperasikan program jaminan kesehatan daerah untuk mendukung akses dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi warga di wilayahnya. Program ini bisa berbeda-beda di setiap daerah dan biasanya ditujukan untuk memperluas cakupan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di tingkat lokal.
7. Dana Desa: Dalam beberapa tahun terakhir, pemerintah Indonesia telah memberikan alokasi dana desa (dana desa) untuk mendukung pembangunan dan pelayanan masyarakat di tingkat desa. Sebagian dana desa dapat digunakan untuk membiayai inisiatif kesehatan di tingkat desa atau memfasilitasi akses warga ke pelayanan kesehatan dasar.
8. Program-Program Khusus: Pemerintah Indonesia juga menetapkan program-program khusus untuk bidang kesehatan, seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Program Pengentasan Kemiskinan Melalui Pemberdayaan dan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia (PNPM Mandiri), dan lain-lain. Program-program ini didesain untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan dapat melibatkan pembiayaan dari anggaran pemerintah atau dana bantuan internasional.
9. Dana Asuransi Kesehatan Mandiri (AKM): Selain Program Asuransi Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) yang diselenggarakan oleh pemerintah, ada juga upaya dari sektor swasta dalam menyediakan asuransi kesehatan mandiri. Beberapa perusahaan asuransi swasta menyediakan produk asuransi kesehatan bagi individu, keluarga, atau perusahaan yang ingin memberikan perlindungan kesehatan tambahan.

10. Dana Bantuan dan Donasi dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Internasional: Dalam situasi krisis kesehatan atau keadaan darurat, sering kali ada bantuan dana dari LSM dan organisasi internasional yang ditujukan untuk mendukung program-program kesehatan, seperti penanggulangan pandemi, bantuan kemanusiaan, atau program program kesehatan khusus.
11. Biaya Pribadi: Meskipun ada upaya untuk memberikan akses yang lebih luas melalui program program pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta, beberapa layanan kesehatan mungkin masih memerlukan pembayaran langsung oleh individu (*out-of-pocket*). Biaya pribadi ini bisa mencakup biaya kunjungan dokter, obat obatan, atau pelayanan kesehatan tambahan yang tidak ditanggung oleh asuransi.

Perkembangan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia terus mengalami evolusi untuk mencapai tujuan universal coverage dan keadilan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dengan berbagai kebijakan dan program yang mendukung pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

Penting untuk selalu mengikuti perkembangan terbaru dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia melalui sumber-sumber resmi dari pemerintah dan lembaga kesehatan, karena kebijakan dan program dapat berubah seiring waktu untuk menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dan tantangan kesehatan yang terjadi.

## 2.2. Landasan Teori

### 2.2.1. Teori Keadilan

Masalah keadilan bukan masalah yang baru dibicarakan para ahli, namun pembicaraan tentang keadilan telah dimulai sejak Aristoteles sampai dengan saat ini. Bahkan, setiap ahli mempunyai pandangan yang berbeda tentang esensi keadilan. Teori yang mengkaji dan menganalisis tentang keadilan dari sejak Aristoteles sampai saat ini, disebut dengan teori keadilan. Teori keadilan yang ada dalam Bahasa Inggris disebut *theory of justice*, sedangkan dalam Bahasa Belanda disebut dengan *theorie van rechtvaardigheid* terdiri dari dua kata yaitu:<sup>14</sup>

1. teori; dan
2. keadilan.

Kata keadilan berasal dari kata adil. dalam Bahasa Inggris, disebut “*justice*”, Bahasa Belanda disebut dengan “*rechtvaardigheid*”. Adil diartikan dapat diterima secara objektif. Keadilan dimaknai sifat (perbuatan, perlakuan) yang adil. Ada tiga pengertian adil:<sup>15</sup>

1. Tidak berat sebelah atau tidak memihak;
2. Berpihak pada kebenaran; dan
3. Sepatutnya atau tidak sewenang-wenang.

Aristoteles membagi keadilan menjadi dua macam, yaitu keadilan dalam arti umum; dan keadilan dalam arti khusus. Keadilan dalam arti umum adalah keadilan yang berlaku bagi semua orang. Tidak membedakan antara orang yang satu dengan yang lain. *Justice for all*. Keadilan dalam arti khusus merupakan keadilan yang berlaku hanya ditujukan pada orang tertentu saja. Aristoteles juga mengemukakan dua konsep keadilan yaitu keadilan distributif dan keadilan korektif. Keadilan

---

<sup>14</sup> Salim, Erlies, *Penerapan Teori Hukum Pada Penelitian Disertasi dan Tesis (Buku Kedua)*, PT. Rajagrafindo Persada, Depok, 2004, Hlm 25.

<sup>15</sup> *Ibid.*



distributif dijalankan dalam distribusi kehormatan, kemakmuran, dan asset-aset lain yang dapat dibagi dari komunitas yang bisa dialokasikan di antara anggotanya secara merata atau tidak merata oleh legislator. Prinsip keadilan distributif adalah kesetaraan yang proporsional. Keadilan korektif merupakan keadilan yang menyediakan prinsip korektif dalam transaksi privat. Keadilan korektif dijalankan oleh hakim dalam menyelesaikan perselisihan dan memberikan hukuman terhadap para pelaku kejahatan.<sup>16</sup> Aristoteles memandang keadilan dari hukum dan kesetaraan.

### 2.2.2. Teori Peran

Teori Peran atau yang disebut dengan *role of theory* (Bahasa Inggris), Bahasa Belanda disebut dengan *theorie van de rol*, sedangkan dalam Bahasa Jerman disebut dengan *theorie van de rolle* merupakan teori yang menganalisa tentang tugas-tugas yang harus dilaksanakan oleh orang-orang atau lembaga-lembaga yang mempunyai kedudukan formal maupun informal. Ada dua suku kata yang terkandung dalam teori peran yaitu teori dan peran. Dalam Kamus Bahasa Indonesia, ada dua istilah yang muncul, yaitu:

1. peran;
2. peranan.

Peran adalah seperangkat Tingkat yang diharapkan dimiliki oleh yang berkedudukan dalam masyarakat. Peranan adalah bagian dari tugas utama yang harus dilaksanakan. Selly Wehmeier mengartikan peran atau *role* adalah:

*“The function or position that subject or expected to have an organization, in society or in relationship.”*

---

<sup>16</sup> *Ibid. Hlm 28*

Dalam definisi ini, peran dikonstruksikan sebagai fungsi atau posisi dari subjek dalam organisasi dan dalam hubungannya dengan masyarakat. Fungsi disamakan dengan jabatan atau pekerjaan yang dilakukan atau kegunaan sesuatu hal.

Mukti Fajar ND dan Yulianto Achmad menyajikan definisi Teori Peran adalah:

“Teori yang mengkaji bahwa masyarakat akan berperilaku sesuai dengan status dan perannya”

Fokus kaji teori peran menurut Mukti Fajar ND dan Yulianto Achmad pada perilaku masyarakat. Perilaku masyarakat merupakan tanggapan atau reaksi yang terwujud dalam gerakan (sikap), tetapi juga gerakan badan atau ucapan dalam masyarakat. Perilaku itu, apakah sesuai dengan status dan perannya. Status, yaitu mengenai posisi yang diduduki, sedangkan peran adalah perilaku yang diharapkan karena kedudukan kita. Hukum dikonsepsikan sebagai bentuk kesesuaian antara kedudukan dan peranan yang dibawa seseorang dalam masyarakat.

Definisi teori peran yang dikemukakan oleh Mukti Fajar ND dan Yulianto Achmad difokuskan pada peran masyarakat untuk berperilaku. Sementara itu, dalam kenyataannya bahwa tidak hanya masyarakat yang diminta berperan, tetapi negara, yang dalam hal ini diwakili pemerintah, pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten/kota, pemerintah desa, lembaga yudikatif, dan legislative maupun institusi-institusi yang hidup dan berkembang dalam masyarakat juga untuk berperan sesuai dengan kedudukannya untuk memecahkan atau mengakhiri masalah yang timbul dalam masyarakat.

Secara lengkapnya Teori Peran merupakan teori yang mengkaji dan menganalisis tentang peran dari institusi-institusi dan masyarakat dalam memecahkan, menyelesaikan dan mengakhiri masalah-masalah yang muncul dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

Institusi formal merupakan lembaga yang dibentuk secara resmi oleh negara di dalam melaksanakan peran-peran dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Institusi-institusi formal itu meliputi institusi yang menjalankan roda pemerintahan (eksekutif), membentuk undang-undang (legislatif), dan institusi yang menjalankan undang-undang (yudikatif).

Institusi nonformal merupakan institusi yang dibentuk oleh masyarakat karena adanya kebutuhan dalam masyarakat untuk memecahkan masalah-masalah yang timbul di antara warga masyarakat

### **2.2.3. Teori *Economic Analysis of Law***

Hukum dan Ekonomi (*Law and Economics*) atau umumnya disebut *Economic Analysis of Law* pada awalnya belum dikenal dan belum dikembangkan. Hal ini dikarenakan wujudnya sebagai produk peleburan cakrawala keilmuan antara ilmu hukum dan ilmu ekonomi. Hukum dan ekonomi dikatakan tidak dikategorikan sebagai bagian disiplin ilmu hukum sehingga tidak memiliki pengakuan akademik. Tersendatnya perkembangan Hukum dan Ekonomi salah satunya terletak pada saat perkembangan ilmu hukum (*jurisprudence*) yang pada saat itu masih berkuat diseputar inti ajaran kepastian hukum (*legal certainty* atau *varitas*) dan keadilan (*justice* atau *iustitia*). Bahkan hingga sekarang pun, evolusi hukum dan ilmu hukum pembelajarannya terkesan masih diseputar kedua inti ajaran itu.

Hukum dan Ekonomi dikatakan banyak pakar dimulai dari ajaran Bentham (1789, 1827, 1830) yang menawarkan jalan tengah antara kepastian dan keadilan dengan mengemukakan inti ajaran kemanfaatan yang dikenal dengan istilah utilitarian.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Asas Manfaat merupakan salah satu tujuan dari substansi nilai keadilan. Isi keadilan sendiri akan banyak dipengaruhi oleh berbagai teori keadilan dari berbagai ahli filsafat, seperti Roscoe Pound yang memandang dari tingkat

Tulisan-tulisan Bentham mengupas secara sistematis dan meneliti bagaimana manusia akan berperilaku dalam menghadapi hukum. Hukum dalam hal ini dikategorikan sebagai pendorong/perangsang (*incentive*) bukan semata-mata sebagai perintah, larangan dan sebagainya pada umumnya diajarkan oleh ilmu hukum.

Tokoh analisis ilmu ekonomi terhadap hukum adalah Richard Posner, yang menggunakan pendekatan ilmu ekonomi berbasis tiga prinsip yaitu nilai, kemanfaatan, dan efisiensi (*value, utility, and efficiency*). Analisis ekonomi Posner kemudian dikembangkan oleh Robert Cooter dan Thomas Ullen, dengan prinsip maksimalisasi, keseimbangan, dan efisiensi (*maximalization, equilibrium, and efficiency*) terhadap hukum.<sup>18</sup> Richard Posner menyatakan bahwa hukum yang efisien adalah pengalokasian tanggung jawab antara orang-orang yang terlibat dalam kegiatan berinteraksi sedemikian rupa untuk memaksimalkan nilai bersama, atau beberapa jumlahnya untuk hal yang sama, meminimalkan biaya kegiatan bersama. Penegakan hukum yang efisien berpihak kepada kualitas kontrol dari suatu proses (*quality control assesment*) dan bukan semata berpihak kepada efektivitas yang menitikberatkan kepada kuantitas semata-mata. Targetisasi penegakan hukum hanya akan menciptakan bias dalam proses pembangunan bangsa bahkan cenderung kontraproduktif dan dapat menimbulkan kebohongan publik.

Pendekatan analisis ekonomi terhadap hukum (*economic analisys of law approach*) secara filosofis sejalan dengan

---

pencapaian, Jeremy Bentham yang memandang dari sudut manfaat dan Hans Kelsen yang memandang keadilan semata-mata diukur dari pelaksanaan hukum itu sendiri. Lihat Bagir Manan, Sistem Peradilan Berwibawa (suatu Pencarian), Jakarta: Pusdklat Teknis Peradilan Balitbang Diklat Kumdil MARI, 2008, hlm.13)

<sup>18</sup> Romli Atmasasmita, *Teori Hukum Integratif Rekonstruksi Terhadap Teori Hukum Pembangunan dan Teori Hukum Progresif*, Cetakan Kedua, Genta Publishing, Yogyakarta, 2012, hlm 40.

pernyataan ahli hukum yang mengatakan bahwa ‘hukum adalah untuk manusia, bukan sebaliknya’. Harus dipahami bahwa hukum sebagai alat (*tool*) untuk mencapai sesuatu, bukan sebagai tujuan yang sudah final. Analisis ekonomi terhadap hukum adalah suatu teori pilihan rasional di mana individu yang kritis dapat menentukan jalan yang terbaik untuk mencapai tujuannya serta manfaat dari tindakannya (*action*). Sebab, dalam pencapaian tujuannya, individu cenderung untuk memenuhi kepentingan pribadinya (*self-interest*), sehingga kadang berbenturan dengan kepentingan individu lain. Oleh karena itu, dibutuhkan hukum yang berkaitan dengan norma-norma untuk mengatur perilaku manusia. Jadi dapat disimpulkan bahwa teori pilihan rasional menjadikan analisis ekonomi terhadap hukum masuk kedalam bagian dari filsafat, khususnya filsafat hukum.

Analisis ekonomi terhadap hukum dalam mengukur efisiensi sebuah sistem hukum dalam hal ini menggunakan analisis ekonomi terhadap hukum bekerja dengan menggunakan metode ilmu ekonomi sebagai kerangka teoritis guna menganalisis aturan dan hukum yang digunakan pada kalangan masyarakat tertentu. Bahwa pemanfaatan metode ilmu ekonomi memungkinkan para penggagas analisis ekonomi terhadap hukum untuk menarik kesimpulan tentang keinginan manusia dan segala konsekuensi dari segi hukum dan bagaimana sebaiknya pengaturan hukumnya. Prediksi berbagai kemungkinan terhadap hukum, dilakukan terhadap pemberlakuan suatu aturan hukum, dilakukan lewat analisis terhadap berbagai model kurva yang bisa dilakukan dalam ilmu ekonomi dengan bantuan rumus-rumus eksakta yang presisi. Pertanggungjawaban dari segi ilmiah terhadap teori yang digunakan baik dari segi penerapan teori ekonomi maupun teori hukum lebih mudah dilakukan.

Teori analisis ekonomi terhadap hukum merupakan sambungan lidah dari utilitarianisme. Manusia berupaya secara

rasional untuk mencapai kepuasan maksimum bagi dirinya, namun kelemahan dari utilitarianisme adalah ketidakmampuannya menentukan apa keinginan seseorang dengan tepat. Sedangkan pemikiran analisis ekonomi terhadap hukum menemukan jawabannya, yaitu keinginan seseorang terhadap sesuatu adalah ditentukan dengan melihat berapa besar kesediaannya untuk membayar apa yang dikendaki, yaitu agar keinginannya dapat terpuaskan. Ukurannya dapat dalam bentuk uang atau penggunaan sumber daya lain yang dimilikinya seperti kesediaannya untuk bekerja (*labour*). Singkatnya, analisis ekonomi terhadap hukum menyimpulkan segala sesuatu dapat direduksi dalam ungkapan singkat “berapa yang harus dibayar untuk memperoleh sesuatu agar tidak memperoleh sesuatu”.

Analisis ekonomi terhadap hukum berdasarkan pada dua bidang akademis yaitu hukum dan ekonomi. Hukum dan ekonomi, oleh para akademisi hukum merupakan suatu frase yang dapat diartikan sebagai pengaplikasian hukum secara efisien dan rasional dengan menggunakan konsep-konsep maupun teori ilmu ekonomi. Kedua bidang tersebut saling berkaitan di mana ilmu ekonomi dapat menjadi salah satu alat ataupun perangkat dalam menganalisa kasus maupun permasalahan hukum. Atas dasar tersebut diharapkan muncul suatu solusi atau jawaban dari permasalahan hukum yang lebih efisien.

Analisis ekonomi terhadap hukum merupakan cabang dari ranah filsafat hukum. Lebih jelasnya, filsafat hukum membagi perhatiannya kedalam lima bagian yaitu *law as reason*, *law as will*, *law as custom*, *laws and values*, dan yang terakhir *law as politics* (Brown, Beverly, and Mac Cormick, 1998). Analisis ekonomi terhadap hukum masuk kedalam *laws and values* (hukum dan nilai). Analisis ekonomi terhadap hukum dapat dikatakan sebagai suatu teori kritis yang sifatnya normatif, karena berkaitan dengan teori pilihan rasional, di mana dalam prosesnya membutuhkan

rasio dari individu tanpa memandang sebelah mata nilai-nilai yang ada dalam masyarakat.

Analisis ekonomi terhadap hukum memiliki beberapa pendekatan dalam pencapaiannya, salah satu inspirasinya adalah utilitarian. Hal ini diutarakan secara eksplisit oleh H.L.A. Hart, yang menjelaskan bahwa analisis ekonomi terhadap hukum terinspirasi dari utilitarianisme.<sup>19</sup> Pendekatan utilitarianisme dari sisi filsafat tidak sepenuhnya mendasari terbentuknya analisis ekonomi terhadap hukum, namun rasio atau *felicific calculus* yang digunakan Bentham dapat menjadi pintu bagi analisis ekonomi terhadap hukum untuk seterusnya berkembang dan disempurnakan oleh para filsuf maupun ekonom di masa mendatang.

#### **2.2.4. Teori *Law as a Tool of Social Engineering***

Fungsi utama hukum ialah melindungi kepentingan yang ada didalam masyarakat, menurut Roscoe Pound antara lain public interest, individual interest dan interest of personality. Setiap kepentingan tersebut tidaklah mutlak namun berubah ubah sesuai perkembangan jaman dan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Hukum tidak hanya dibentuk, namun juga harus ditegakan sebagai upaya kontrol sosial dalam arti luas yang pelaksanaannya diorientasikan pada perubahan-perubahan yang dikehendaki.

Teori *law as a tool of social engineering* oleh Roscoe Pound, yang diartikan hukum sebagai alat pembaharuan masyarakat. Hukum adalah keseluruhan asas-asas dan kaedah-kaedah yang mengatur masyarakat, termasuk didalamnya lembaga, dan proses untuk mewujudkan hukum itu kedalam kenyataan. Perubahan hukum menurut teori tersebut, hukum bukan hanya merupakan

---

<sup>19</sup> H.L.A Hart, *Hart's Postscript, Essays on the Postscript to the Concept of Law*, Oxford, 1983, hlm. 143.

kumpulan norma-norma abstrak atau suatu tertib hukum, tetapi juga merupakan suatu proses untuk mengadakan keseimbangan antara kepentingan-kepentingan dan nilai-nilai yang saling bertentangan.

Dalam pandangan teori ini, hukum tidak berada di belakang atau didepan perkembangan masyarakat, karena hukum adalah suatu penggerak menuju proses perkembangan masyarakat itu sendiri. Fungsi hukum sebagai sarana pembaharuan masyarakat adalah untuk menciptakan perubahan-perubahan dalam masyarakat untuk menuju masyarakat yang sempurna atau terencana.





# BAB III

## **METODE PENELITIAN**

### 3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah termasuk jenis penelitian yuridis empiris, atau disebut dengan penelitian lapangan yaitu mengkaji ketentuan hukum yang berlaku serta apa yang terjadi dalam kenyataannya dalam masyarakat.<sup>20</sup> Penelitian yuridis empiris adalah penelitian hukum mengenai pemberlakuan atau implementasi ketentuan hukum normatif secara *in action* pada setiap peristiwa hukum tertentu yang terjadi dalam masyarakat.<sup>21</sup> Atau dengan kata lain yaitu suatu penelitian yang dilakukan terhadap keadaan sebenarnya atau keadaan nyata yang terjadi dimasyarakat dengan maksud untuk mengetahui dan menemukan fakta fakta dan data yang dibutuhkan, setelah data yang dibutuhkan terkumpul kemudian menuju kepada identifikasi masalah yang pada akhirnya menuju pada penyelesaian masalah.<sup>22</sup>

### 3.2. Metode Pendekatan

Penelitian ini pendekatan yang digunakan dalam memecahkan masalah adalah dengan menggunakan metode pendekatan yuridis empiris. Pendekatan yuridis yang dimaksudkan adalah hukum dilihat sebagai norma atau *das sollen*), karena dalam melakukan pembahasan masalah dalam penelitian ini menggunakan bahan-bahan hukum (baik hukum yang tertulis maupun hukum yang tidak tertulis atau baik bahan hukum primer, sekunder maupun tersier. Sedangkan pendekatan empiris adalah dengan melihat hukum sebagai kenyataan sosial, kultural atau *das sein* karena dalam penelitian ini data yang digunakan data primer yang diperoleh langsung dari lokasi penelitian.

---

<sup>20</sup> Suharsimi Arikunto, 2012, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta, Rineka Cipta, hl. 126

<sup>21</sup> Abdulkadir Muhammad, 2004, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Bandung, Citra Aditya Bakti, hlm 134

<sup>22</sup> Bambang Waluyo, 2002, *Penelitian Hukum Dalam Praktek*, Jakarta, Sinar Grafika, hlm. 15

Jadi, pendekatan yuridis empiris yang dimaksudkan di dalam penelitian ini adalah bahwa dalam menganalisis permasalahan yang telah dirumuskan dilakukan dengan memadukan bahan-bahan hukum baik primer, sekunder maupun tersier (yang merupakan data sekunder) dengan data primer yang diperoleh di lapangan yaitu tentang kondisi eksisting pelaksanaan pembiayaan kesehatan Kabupaten Wonogiri.

### **3.3. Jenis Data**

Penelitian yuridis empiris ini menggunakan data primer dan sekunder, yaitu:

#### **1. Data Primer**

Data primer yaitu data yang didapat langsung dari sumber pertama yang terkait dengan permasalahan yang akan dibahas dengan melakukan wawancara terstruktur baik dengan *stakeholder* yang membidangi pelaksanaan pembiayaan kesehatan Kabupaten Wonogiri.

#### **2. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dengan melakukan penelitian kepustakaan terhadap bahan penelitian yang digunakan yang meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier yaitu:

##### **a. Bahan Hukum Primer**

1. Bahan hukum primer adalah bahan hukum yang mengikat, yang mencakup peraturan perundang-undang terkait dengan topik masalah yang dibahas yaitu :

- a) Undang-Undang Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945;

- b) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 106, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4756).
- c) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
- d) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).
- e) Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan (Lembaran Daerah Kabupaten Wonogiri Tahun 2019 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 179)

b. Bahan Hukum Skunder

Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang tidak mengikat yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer yang merupakan hasil olahan pendapat atau pikiran para pakar atau ahli yang mempelajari suatu bidang tertentu secara khusus yang akan memberikan petunjuk arah kepada penulis meliputi buku-buku hukum, bahan-bahan

hukum yang bersumber dari Naskah Akademik, literatur-literatur, jurnal ilmiah dan tulisan-tulisan dalam internet.

### **3.4. Tempat Pengambilan Data**

#### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian yang dilaksanakan tentang Kajian Regulasi Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Selain APBD dan Mekanisme Pemanfaatan Untuk Peningkatan Kualitas Layanan Kesehatan Di Daerah ini berlokasi di Kabupaten Wonogiri.

#### **2. Tempat Pengambilan Bahan**

Bahan hukum baik primer, sekunder dalam penelitian ini akan di ambil di tempat:

- a. Berbagai pustaka baik lokal atau nasional.
- b. BPKAD Kabupaten Wonogiri.
- c. Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri.
- d. Bapperida Kabupaten Wonogiri.
- e. Media masa cetak dan Media Internet.

### **3.5. Teknik Pengumpulan Data**

Data dalam suatu penelitian adalah merupakan bahan yang akan dipergunakan dalam menyelesaikan permasalahan yang telah dirumuskan dalam penelitian. Oleh karena itu, data-data tersebut harus dikumpulkan agar permasalahan dalam penelitian itu dapat dipecahkan. Pada penelitian ini jenis data yang dikumpulkan dibagi menjadi dua jenis data yaitu data yang bersifat primer dan data yang bersifat sekunder dengan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

#### **1. Wawancara**

Data primer atau data yang diperoleh langsung dari sumber data di lokasi penelitian atau lapangan (*field research*) didapatkan melalui wawancara dan observasi. Wawancara adalah proses tanya jawab dalam penelitian yang berlangsung secara lisan dalam

mana dua orang atau lebih bertatap muka mendengarkan secara langsung informasi informasi atau keterangan-keterangan.<sup>23</sup>

Wawancara dilakukan secara bebas terbuka dengan menggunakan alat berupa daftar pertanyaan yang telah disiapkan (sebagai pedoman wawancara) sesuai dengan permasalahan yang akan dicari jawabannya tanpa menutup kemungkinan untuk menambah pertanyaan lain yang bersifat spontan sehubungan dengan jawaban yang diberikan. Tujuan dari wawancara adalah agar informant dapat berbicara atau menyampaikan pernyataan kepentingannya atau kelompoknya secara terbuka.<sup>24</sup>

## 2. Penentuan Informan

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara dengan para Informan. Penentuan informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu teknik penentuannya dengan berdasarkan pada pertimbangan atau alasan tertentu yaitu pihak pihak yang terkait langsung dengan pokok permasalahan yang dibahas.

## 3. Informan

Dalam Penelitian ini informan yang ditentukan adalah:

- a. *Stakeholder* BPKAD Kabupaten Wonogiri;
- b. *Stakeholder* Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri;
- c. *Stakeholder* Bapperida Kabupaten Wonogiri.

## 4. Studi Dokumentasi

Untuk memperoleh data sekunder dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mengkaji dan mempelajari bahan-bahan kepustakaan (*literature research*) yang berupa bahan bahan hukum baik bahan hukum primer sekunder maupun tersier.

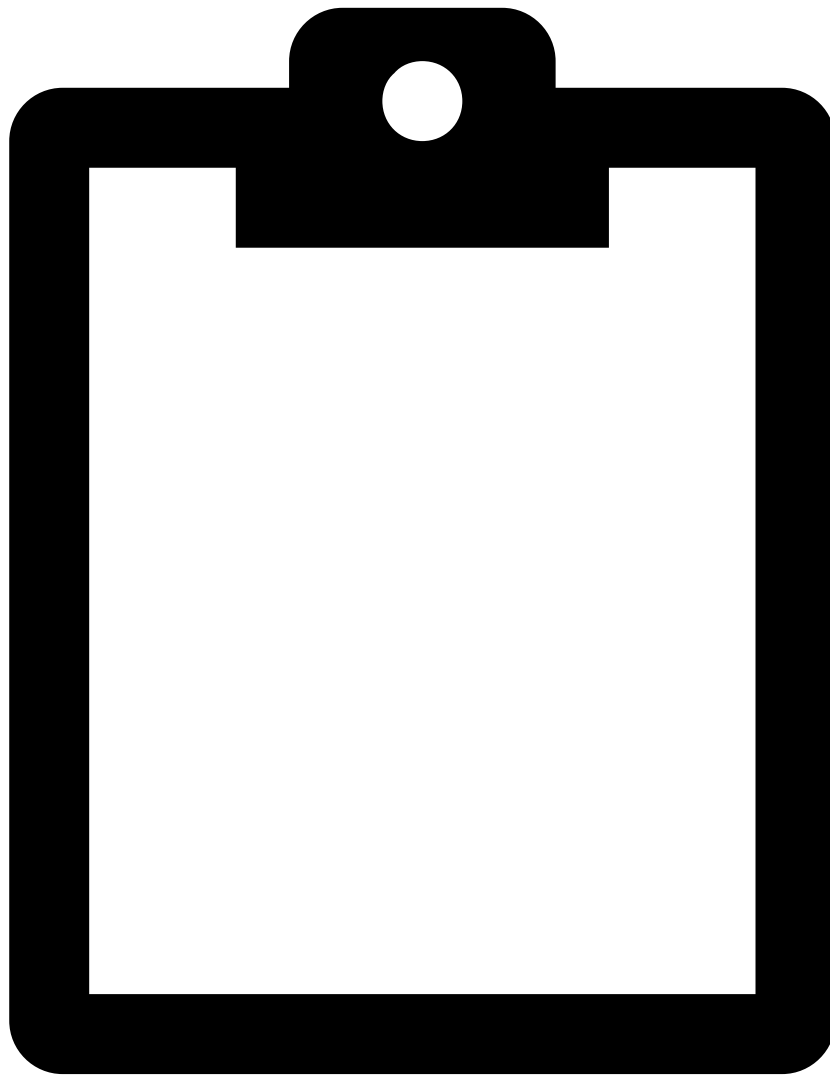
---

<sup>23</sup> Cholid Narbuko dan Abu Achmadi, Metodologi Penelitian, Bumi Aksara, Jakarta, 2001, halaman 81

<sup>24</sup> Sugiyono, 2014, Metode Penelitian Manajemen, Bandung, Alfabeta, , hlm. 384.

### **3.6. Teknik Analisis Data**

Data yang telah terkumpul melalui kegiatan pengumpulan data belum memberikan arti apa-apa bagi tujuan suatu penelitian. Penelitian belum dapat ditarik kesimpulan bagi tujuan penelitiannya, sebab data itu masih merupakan data mentah dan masih diperlukan usaha atau upaya untuk mengolahnya. Proses yang dilakukan adalah dengan memeriksa, meneliti data yang telah diperoleh untuk menjamin apakah data dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan kenyataan. Setelah data diolah dan dirasa cukup maka selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dan dalam bentuk tabel. Setelah data terkumpul lengkap dan telah diolah dengan menggunakan narasi ataupun tabel maka selanjutnya dianalisis secara kualitatif. Analisis data kualitatif adalah suatu teknik yang menggambarkan dan menginterpretasikan data data yang telah terkumpul sehingga memperoleh gambaran secara umum dan menyeluruh tentang keadaan yang sebenarnya melalui tahap tahap konseptualisasi, kategorisasi, relasi dan eksplanasi.



# **BAB IV**

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**



#### **4.1. Kondisi Eksisting Pembiayaan Kesehatan Di Kabupaten Wonogiri**

##### **4.1.1. Wilayah Penelitian**

Kabupaten Wonogiri sebagai salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Tengah terletak antara 7° 43' - 8° 15' Lintang Selatan dan 110° 41' - 111° 18' Bujur Timur. Kabupaten Wonogiri berada 32 km di sebelah selatan Kota Solo, berbatasan dengan Provinsi Jawa Timur di sebelah timur dan Daerah Istimewa Yogyakarta di sebelah barat. Kabupaten Wonogiri menempati area seluas 190.432 Ha. Kecamatan Pracimantoro sebagai kecamatan terluas (7,8% dari total) sedangkan Kecamatan Puhpelem sebagai kecamatan terkecil (1,73% dari total). Secara administratif, Kabupaten Wonogiri terbagi menjadi 25 kecamatan. Kabupaten Wonogiri menempati area seluas 190.432 Ha. Kecamatan Pracimantoro sebagai kecamatan terluas sedangkan Kecamatan Puhpelem sebagai kecamatan terkecil.

Kabupaten desa/kelurahan. Wonogiri terbagi dalam 25 Kecamatan. Wilayah ini terdiri dari 251 desa dan 43 kelurahan. Pemerintahan Wonogiri yang merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Tengah mempunyai sistem pemerintahan yang sama dengan kabupaten lainnya. Dimana masing-masing kabupaten terdiri dari beberapa kecamatan. Sedangkan setiap kecamatan terbagi habis dalam beberapa Kabupaten desa/kelurahan.

Penduduk Kabupaten Wonogiri berdasarkan proyeksi penduduk tahun 2022 sebanyak 1.057.087 jiwa. Sementara itu besarnya angka rasio jenis kelamin tahun 2022 penduduk laki-laki terhadap penduduk perempuan sebesar 99.66 yang artinya dari 1000 penduduk perempuan ada 997 penduduk laki-laki. Kepadatan penduduk di Kabupaten Wonogiri tahun 2022 mencapai 555 jiwa/km<sup>2</sup>. Kepadatan Penduduk di 25 kecamatan

cukup beragam dengan kepadatan penduduk tertinggi terletak di Kecamatan Jatisrono dengan kepadatan sebesar 1.143 jiwa/km<sup>2</sup> dan terendah di Kecamatan Paranggupito sebesar 276 jiwa/km<sup>2</sup>.

#### **4.1.2. Pembiayaan Kesehatan di Indonesia**

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balikesmas saja, tetapi juga bentuk bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan.<sup>25</sup>

Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yaitu:<sup>26</sup>

1. Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
2. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat

---

<sup>25</sup> Juanita, 2002, Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Sumatera Utara

<sup>26</sup> *Ibid.*

memerlukan perawatan lebih lanjut atau rujukan. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan Rumah sakit kelas A.

Untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan banyak hal yang harus dilakukan, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara umum dapat dibedakan 9 (sembilan) syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continues*), terpadu (*integrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessible*) serta terjangkau (*affordable*).<sup>27</sup>

Dampak krisis ekonomi di Indonesia sampai saat ini meluas ke seluruh bidang kehidupan, termasuk bidang pelayanan kesehatan. Dilema yang dihadapi pelayanan kesehatan, disatu pihak pelayanan kesehatan harus menjalankan misi sosial, yakni merawat dan menolong yang sedang menderita tanpa memandang sosial, ekonomi, agama dan sebagainya. Namun dipihak lain pelayanan kesehatan harus bertahan secara ekonomi dalam menghadapi badai krisis tersebut. Oleh sebab itu pelayanan kesehatan harus melakukan reformasi, reorientasi dan revitalisasi.

Reformasi kebijakan pembangunan kesehatan telah selesai dilakukan sebagaimana telah tertuang dalam Visi, Misi, Strategi dan Paradigma baru pembangunan kesehatan yang populer dengan sebutan Indonesia Sehat. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah memberi arah baru pembangunan kesehatan di Indonesia. Jika diperhatikan kebijakan dan sistem baru hasil reformasi tersebut tampak

---

<sup>27</sup> Azwar, A, 1999, Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara. Jakarta.

banyak perubahan yang akan dilakukan, dua diantaranya yang terpenting adalah perubahan pada subsistem upaya kesehatan dan perubahan pada subsistem pembiayaan kesehatan.<sup>28</sup>

Penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan dalam subsistem pembiayaan kesehatan dilakukan untuk membiayai UKM dan UKP penduduk miskin dengan mobilisasi dan dari masyarakat, pemerintah dan *public-private mix*. Sedangkan untuk penduduk mampu, pembiayaan kesehatan masyarakat terutama dari masyarakat itu sendiri dengan mekanisme jaminan kesehatan baik wajib maupun sukarela.

Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*).

---

<sup>28</sup> Gotama I, Pardede D. 2010. Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan: Pembiayaan Kesehatan, Agenda dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes R.I.

2. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health consumer*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*ad equacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri.

Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equi table and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan

kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*).

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

- 1) Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan.
- 2) Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan cangguh (operasi dan tindakan khusus lain), kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.
- 3) Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangkau pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkit berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi, perumahan.
- 4) Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja, sehingga mengurangi kemampuan membiayai.

Berdasarkan karakteristik tersebut, sebuah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

- 1) *Risk spreading*, pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga. Artinya sebuah sistem pembiayaan harus mampu memprediksikan resiko kesakitan individu dan besarnya pembiayaan dalam jangka waktu tertentu (misalnya satu tahun). Kemudian besaran tersebut diratakan atau disebarkan dalam tiap bulan sehingga menjadi premi (iuran, tabungan) bulanan yang terjangkau.
- 2) *Risk pooling*, beberapa jenis pelayanan kesehatan (meskipun resiko rendah dan tidak merata) dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis (jantung koroner) yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu (*risk spreading*). Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasikan resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah (tidak terjangkit sakit, tidak membutuhkan pelayanan kesehatan) dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Secara sederhana, suatu sistem pembiayaan akan menghitung resiko terjadinya masalah kesehatan dengan biaya mahal dalam satu komunitas, dan menghitung besaran biaya tersebut kemudian membaginya kepada setiap individu anggota komunitas. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.

- 3) *Connection between ill-health and poverty*, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan. Pada umumnya di negara miskin dan berkembang hal ini sering terjadi. Orang miskin harus membayar biaya pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau oleh penghasilan mereka dan juga memperoleh pelayanan kesehatan di bawah standar.
- 4) *Fundamental importance of health*, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik

Organisasi kesehatan se-dunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan
- 2) Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
- 3) Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial
- 4) Penggalan dukungan nasional dan internasional
- 5) Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional
- 6) Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
- 7) Pemantauan dan evaluasi.



Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa. Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari:

1. Anggaran pemerintah.
2. Anggaran masyarakat.
3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri.
4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat.

Tingginya biaya kesehatan disebabkan oleh beberapa hal, beberapa yang terpenting diantaranya sebagai berikut:

1. Tingkat Inflasi

Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula, yang tentu saja akan dibebankan kepada pengguna jasa.

2. Tingkat Permintaan

Pada bidang kesehatan, tingkat permintaan dipengaruhi sedikitnya oleh dua faktor, yaitu meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlahnya lebih atau bertambah banyak, maka biaya yang harus disediakan meningkat pula. Faktor kedua adalah meningkatnya kualitas penduduk. Dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih baik, mereka akan menuntut penyediaan layanan kesehatan yang baik pula dan

hal ini membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih besar.

3. Kemajuan Ilmu dan Teknologi

Sejalan dengan adanya kemajuan ilmu dan teknologi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (penggunaan peralatan kedokteran yang modern dan canggih) memberikan konsekuensi tersendiri, yaitu tingginya biaya yang harus dikeluarkan dalam berinvestasi. Hal ini membawa akibat dibebankannya biaya investasi dan operasional tersebut pada pemakai jasa pelayanan kesehatan.

4. Perubahan Pola Penyakit

Meningkatnya biaya kesehatan juga dipengaruhi adanya perubahan pola penyakit, yang bergeser dari penyakit yang sifatnya akut menjadi penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit ini akan lebih besar. Hal ini akan sangat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.

5. Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan

Perubahan pola pelayanan kesehatan ini terjadi akibat perkembangan keilmuan dalam bidang kedokteran sehingga terbentuk spesialisasi dan subspesialisasi yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak kotak (*fragmented health service*) dan satu sama lain seolah tidak berhubungan. Akibatnya sering terjadi tumpang tindih atau pengulangan metoda pemeriksaan yang sama dan pemberian obat-obatan yang dilakukan pada seorang pasien, yang tentu berdampak pada semakin meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan ini. Selain itu, dengan adanya pembagian

spesialisasi dan subspesialisasi tenaga pelayanan kesehatan, menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

6. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien

Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna. Dengan adanya perkembangan spesialisasi dan subspesialisasi serta penggunaan berbagai peralatan yang ditunjang dengan kemajuan ilmu dan teknologi, mengakibatkan meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, hal ini tentu saja membuat pasien menuntut adanya kepastian pengobatan dan penyembuhan dari penyakitnya. Hal ini diperberat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, yang mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan. Hal tersebut diatas mendorong para dokter sering melakukan pemeriksaan yang berlebihan (*over utilization*), demi kepastian akan tindakan mereka dalam melakukan pengobatan dan perawatan, dan juga dengan tujuan mengurangi kemungkinan kesalahan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit yang diderita pasiennya. Konsekuensi yang terjadi adalah semakin tingginya biaya yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

7. Lemahnya Mekanisme Pengendalian Biaya

Kurangnya peraturan perundang-undangan yang ditetapkan untuk mengatur dan membatasi pemakaian biaya pelayanan kesehatan menyebabkan pemakaiannya sering tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani penanggung (perusahaan) dan masyarakat secara keseluruhan.

## 8. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party sistem*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

Biaya kesehatan banyak macamnya, karena kesemuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau yang dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

- 1) Biaya pelayanan kedokteran Biaya yang dimaksudkan adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat
- 2) Biaya yang dimaksud adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yaitu yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yaitu dari sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*).

#### **4.2. Kondisi Eksisting Pembiayaan di Kesehatan di Kabupaten Wonogiri**

Biaya kesehatan dinilai sangat tinggi, mengingat manusia semakin penting dirasakan keberadaannya. Hal ini terkait dengan pola pikir yang menyatakan tentang human investment. Di lain pihak biaya kesehatan terus menerus naik sedangkan kemampuan membayar semakin terbatas. Ada 6 hal yang merupakan faktor penyebab meningkatnya biaya pengeluaran kesehatan, diantaranya tingkat inflasi, tingkat permintaan, perubahan pola penyakit, perubahan pola pelayanan kesehatan, perubahan hubungan dokter/spesialis dengan pasiennya, kemudian lemahnya mekanisme pengendalian biaya, dan penyalahgunaan asuransi kesehatan.

Sesuai Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota memiliki alokasi minimal sepuluh persen dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai). Dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan diperlukan unsur pembiayaan kesehatan, Kabupaten Wonogiri melaksanakan pembiayaan baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah terdiri atas anggaran pembangunan kesehatan/ belanja langsung dan anggaran rutin kesehatan/ belanja tidak langsung.

Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dialokasikan pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Wonogiri berasal dari sumber pendanaan sebagai berikut:

- 1) Pendapatan Bagi Hasil;
- 2) Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Sebelumnya
- 3) DBH Cukai Hasil Tembakau (CHT);
- 4) DAU yang ditentukan Penggunaannya Bidang Kesehatan; dan
- 5) Pendapatan Bagi Hasil Pajak Rokok.

Alokasi diatas digunakan dalam kegiatan belanja Iuran Jaminan Kesehatan Bagi Peserta PBPU dan PB Klas III, dan belanja iuran. Akumulasi anggaran dalam penyediaan pelayanan kesehatan adalah sebesar Rp 45.133.301.550,00 dengan rincian sumber dana adalah sebagai berikut:

|                                                       |                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------|
| Pendapatan Bagi Hasil                                 | Rp 7.001.626.400,00  |
| Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun<br>Sebelumnya   | Rp 2.000.000.000,00  |
| DBH Cukai Hasil Tembakau (CHT)                        | Rp 6.040.312.150,00  |
| DAU yang ditentukan Penggunaannya<br>Bidang Kesehatan | Rp 6.846.737.500,00  |
| Pendapatan Bagi Hasil Pajak Rokok                     | Rp 23.244.625.500,00 |

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri

Alokasi anggaran dalam penyediaan pelayanan kesehatan diatas hanya alokasi yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri. Terdapat rincian anggaran alokasi fungsi kesehatan secara keseluruhan yaitu sebagai berikut:

| NO | KOMPONEN PERHITUNGAN                                                                                            | JUMLAH                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1  | a. Urusan Bidang Kesehatan                                                                                      | <b>Rp 537.418.667.291,00</b> |
|    | 1) Belanja Operasi:                                                                                             |                              |
|    | a. belanja pegawai;                                                                                             | Rp 279.452.115.940,00        |
|    | b. belanja barang dan jasa;                                                                                     | Rp 202.276.190.671,00        |
|    | c. belanja hibah;                                                                                               | -                            |
|    | d. belanja bantuan sosial                                                                                       | -                            |
|    | 2) Belanja Modal                                                                                                | Rp 55.690.360.680,00         |
|    | b. Belanja di luar Urusan bidang kesehatan yang menunjang kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan antara lain: |                              |
|    | 1) Belanja Transfer                                                                                             |                              |
|    | 2) Sub Kegiatan ... pada SKPD ... dst...                                                                        |                              |

| NO | KOMPONEN PERHITUNGAN                       | JUMLAH                         |
|----|--------------------------------------------|--------------------------------|
| 2  | Anggaran Fungsi Kesehatan (a+b)            | <b>Rp 537.418.667.291,00</b>   |
| 3  | Total Belanja Daerah                       | <b>Rp 2.515.893.242.170,00</b> |
| 4  | Gaji ASn                                   | <b>Rp 846.506.737.060,00</b>   |
| 5  | Total Belanja Daerah diluar Gaji ASN (3-4) | <b>Rp 1.669.386.505.110,00</b> |
|    | Rasio anggaran Kesehatan (2:5) x 100%      | <b>32,19%</b>                  |

Sumber : BPKAD Kabupaten Wonogiri

Berdasarkan tabel diatas anggaran fungsi kesehatan adalah 32,19%, namun hal tersebut tidak semua mencakup pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Jika dibandingkan alokasi Kesehatan Bagi Peserta PBP dan PB Klas III, dan belanja iuran yang ada pada Dinas Kesehatan yaitu sebesar Rp 45.133.301.550,00, belanja pegawai di ruang lingkup kesehatan lebih besar yaitu 279.452.115.940,00. Artinya Kabupaten Wonogiri dalam melakukan pembiayaan kesehatan tentu belum optimal. Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Wonogiri masih sangat bergantung pada APBD. Tentunya ini menjadi tantangan tersendiri bagi Kabupaten Wonogiri jika ingin mewujudkan pembiayaan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan terhadap masyarakat Kabupaten Wonogiri secara optimal. Hal ini dapat diwujudkan salah satunya dengan mencari sumber pembiayaan lain di luar APBD guna kepentingan pelayanan kesehatan.

Selama ini kekeliruan utama dalam analisis pembiayaan kesehatan selama ini adalah mengabaikan telaahan seksama dan mendalam tentang “apa yang akan dibiayai”. Statement bahwa Indonesia tergolong rendah dalam belanja kesehatan didasarkan pada “*benchmarking*” dengan negara lain yang memiliki tingkat ekonomi setara. Saran untuk meningkatkan belanja kesehatan sebetulnya berlaku untuk semua negara di dunia, karena dimana-mana kebutuhan belanja kesehatan terus meningkat sejalan dengan

pertambahan penduduk dan transisi pola penyakit. Tapi tidak kalah pentingnya adalah menjawab pertanyaan untuk apa tambahan belanja tersebut dipergunakan.

Kekeliruan lain adalah kecenderungan parsial dalam analisis tersebut. Serta merta kekurangan belanja kesehatan dikaitkan dengan pembiayaan UHC (*Universal Health Coverage*) dalam pengertian sempit; yaitu asuransi kesehatan. Itupun terbatas pada peningkatan premi asuransi (JKN) agar BPJS mampu membayar fasilitas kesehatan secara layak dan tepat waktu serta memacu peningkatan kepesertaan (*demand side*). Padahal dalam sistem asuransi kesehatan, banyak hal lain yang memerlukan biaya seperti pembangunan fasilitas kesehatan, penempatan tenaga kesehatan, dan pengembangan sistem rujukan (*supply side*).



### **4.3. Pemanfaatan Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Selain APBD Untuk Meningkatkan Kualitas Layanan Kesehatan di Kabupaten Wonogiri**

#### **4.3.1. Isu Strategis Pembiayaan Kesehatan Daerah**

Dewasa ini Kabupaten Wonogiri menghadapi berbagai tantangan pembangunan kesehatan yang berdampak pada kebutuhan pembiayaan yang lebih besar. Jumlah penduduk bertambah disertai struktur umur semakin tua, menyebabkan meningkatnya penyakit kronik degeneratif berbiaya tinggi. Penduduk miskin masih cukup besar dan memerlukan subsidi. Kebutuhan anggaran untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) terus meningkat untuk memenuhi target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*), Standar Pelayanan Minimal (SPM), serta program promotif dan preventif prioritas nasional seperti perbaikan gizi, KB, serta pencegahan dan pengendalian penyakit. Di samping itu, nilai *out-of-pocket payment* (OOP) masih tinggi, yang seharusnya menurun dengan adanya JKN.

Pembangunan kesehatan juga dihadapkan pada tantangan disparitas status dan akses pelayanan kesehatan, serta pembiayaan untuk pengadaan fasilitas kesehatan yang lebih merata dan bermutu (*supply side readiness*), termasuk SDM kesehatan dan farmasi. Sementara itu, kapasitas fiskal daerah relatif kecil dibandingkan tanggung jawab daerah melaksanakan urusan wajib daerah. Kekeliruan utama dalam analisis pembiayaan kesehatan selama ini adalah mengabaikan telaahan seksama dan mendalam tentang “apa yang akan dibiayai” serta pendekatan parsial dalam analisis tersebut. Pendekatan parsial tersebut cenderung mengabaikan kebutuhan biaya untuk program-program kesehatan masyarakat (UKM) serta program untuk memperkuat sistem kesehatan (*health system*

*strengthening*). Pendekatan ini bisa menjerumuskan Indonesia pada eskalasi biaya sementara indikator kesehatan masyarakat tidak membaik.

Kabupaten Wonogiri saat ini dihadapkan pada isu-isu strategis dalam pembiayaan kesehatan daerah, yaitu adalah sebagai berikut:

### **1. Tantangan Pembangunan Kesehatan dan Eskalasi Kebutuhan Biaya Kesehatan**

Di satu sisi pembangunan kesehatan berhasil memperbaiki beberapa indikator derajat kesehatan, disisi lain menghadapi 3 tantangan, yaitu: 1) “*unfinished agenda*” seperti penurunan kematian ibu, mengatasi stunting pada balita, serta belum efektifnya imunisasi (misal: outbreak difteri); 2) meningkatnya PTM mengikuti penuaan struktur umur penduduk; dan 3) peran penting lintas sektor yang selama ini belum digerakkan secara maksimal. Semua tantangan tersebut menyebabkan kebutuhan pembiayaan yang semakin besar.

### **2. Isu “*Underspending for Health*”**

Kabupaten Wonogiri belum cukup memobilisasi potensi ekonominya untuk membiayai kesehatan (*underspending for health*). Isunya adalah bagaimana memobilisasi biaya kesehatan dari berbagai sumber: pemerintah, non pemerintah dan masyarakat.

### **3. Apa yang Perlu Dibiayai?**

Seringkali rekomendasi untuk meningkatkan belanja kesehatan dirumuskan tanpa telaahan mendalam tentang apa yang perlu dibiayai. Pembiayaan lebih bersifat “*program specific driven*” yang bersifat vertikal, atau “*input specific driven*” terbatas misalnya pada SDM saja, RS saja, obat saja, dll. Pendekatan semacam ini mendorong pembiayaan menjadi parsial dan terfragmentasi. Padahal regulasi dan kebijakan

formal sudah menetapkan program-program kesehatan yang perlu dilakukan, dengan target-target spesifik dan diangkat dari masalah kesehatan penduduk.

#### **4. Pembiayaan Bias pada UKP (Upaya Kesehatan Perorangan).**

Parsialisme dan fragmentasi telah mendorong dominasi UKP dalam belanja kesehatan, sementara UKM dan PSK termarginalisasi. Ini menyebabkan banyak target indikator derajat kesehatan tidak tercapai, karena sebagian besar indikator dan target tersebut utamanya memerlukan intervensi kesehatan masyarakat, seperti pemberantasan TB, menekan laju kenaikan HIV, mengatasi stunting pada balita, mengendalikan konsumsi rokok, menjamin akses air bersih, dll

#### **5. Pembiayaan Kesehatan Komprehensif**

Pembiayaan komprehensif adalah pembiayaan yang direncanakan secara menyeluruh dan sinkron untuk mencukupi biaya pengobatan, pencegahan, dan penguatan sistem yang diperlukan dalam mengatasi masalah kesehatan. Upaya pengobatan, promosi dan pencegahan serta penguatan sistem ini saling berkaitan satu sama lain dan selalu dibutuhkan secara simultan, serta dan tidak boleh dilakukan dikotomi atau fragmentasi antara satu dan lainnya.

#### **6. Pembiayaan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan): Miskonsepsi Tentang *Universal Health Coverage* (UHC)**

*Universal Health Coverage* (UHC) adalah konsep komprehensif dengan tujuan agar semua penduduk mendapat akses terhadap pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk akses pada lingkungan kesehatan yang layak (WHO). Jadi UHC berarti adanya akses semua penduduk terhadap pelayanan UKP dan UKM sekaligus. Namun, konsep tersebut direduksi menjadi asuransi kesehatan dalam implementasinya. Hal ini juga terjadi di Indonesia dimana JKN

diartikan sebagai UHC. Asuransi kesehatan memang diperlukan untuk menjamin akses pelayanan kuratif. Namun, tidak bisa membiayai intervensi kesehatan masyarakat atau UKM. Intervensi ini adalah “*public goods*” sehingga pembiayaannya tidak bisa melalui mekanisme tarif dan asuransi kesehatan. Pembiayaan UKM menjadi tanggung jawab pemerintah (APBN dan APBD). Masalah lain adalah pendekatan yang bias dan terfokus pada “*demand side*”, yaitu memacu kepesertaan dan pooling premi/iuran untuk dipergunakan sebagai “*financial protection*” kalau peserta tersebut sakit. Padahal sama pentingnya adalah ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan atau “*supply side*”. Tanpa ketersediaan dan akses pada pelayanan kesehatan, maka asuransi kesehatan akan menjadi sia-sia dari kacamata pesertanya.

**7. Tanggung Jawab Pemerintah dalam Pembiayaan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan), UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat), dan PSK (Penguatan Sistem Kesehatan)**

Pola masalah kesehatan saat ini dan yang akan datang menunjukkan semakin pentingnya intervensi UKM dan penguatan sistem kesehatan. Oleh sebab itu, peran pemerintah dalam pembiayaan kesehatan tidak bisa direduksi. Pemerintah juga akan terus bertanggung jawab membiayai subsidi premi penduduk miskin dalam skema JKN. Saat ini, peran pemerintah dominan dalam penyediaan fasilitas kesehatan, pengelolaan SDM dan obat/alkes. Artinya pemerintah masih akan terus harus menanggung biaya elemen-elemen sistem kesehatan tersebut.

## **8. Kapasitas Fiskal Daerah**

Setelah berlakunya Undang-undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan keluarnya Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 adalah tentang Perangkat Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal tanggung jawab daerah semakin besar dalam membiayai kesehatan. Namun analisis fiskal daerah mengungkapkan bahwa kemampuan fiskal daerah Kabupaten Wonogiri sangat terbatas. Keadaan ini disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- a. Anggaran daerah (APBD) sebagian besar berasal dari transfer dana dari pusat, termasuk DAK fisik dan DAK-nonfisik yang peruntukannya diatur oleh pusat. Peranan PAD kecil, yaitu sekitar 10%;
- b. Belanja Pegawai (BP) rata-rata mencapai 46% dari APBD. Ini berarti kapasitas fiskal untuk belanja non gaji adalah 54%;
- c. Daerah juga harus mengalokasikan 20% APBD untuk pendidikan;
- d. Selain untuk SPM kesehatan, daerah juga bertanggung jawab membiayai 5 SPM lain. Secara total ada 29 jenis pelayanan dasar dalam 6 SPM yang menjadi kewajiban daerah;
- e. Daerah juga perlu membiayai pembangunan infrastruktur yang menjadi tanggung jawab daerah (misalnya pembangunan dan pemeliharaan jalan kabupaten/kota).

#### **4.3.2. Mobilisasi Sumber-Sumber Non-Pemerintah untuk Kesehatan**

Secara teoretis dan sesuai dengan kebijakan (regulasi) tentang pembiayaan kesehatan, tugas pemerintah adalah: (1) membiayai UKM (karena bersifat “*public goods*”); (2) membiayai kesehatan bagi penduduk miskin (subsidi premi JKN); (3) membiayai tata kelola (penyusunan kebijakan, regulasi, dan NSPK); serta (4) pengadaan fasilitas kesehatan di wilayah yang tidak diminati swasta. Artinya, pemerintah tidak perlu membiayai pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh (klinik, RS, laboratorium). Untuk membiayai hal-hal lain, perlu alternatif sumber pembiayaan lain, seperti diuraikan berikut ini.

##### **1. Pembiayaan Swasta untuk Pembangunan Fasilitas Kesehatan**

Membuka peluang yang luas bagi swasta untuk melakukan investasi fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, RS dan laboratorium medis. Pemerintah membuat pemetaan dimana klinik dan Rumah Sakit tersebut dibutuhkan. Swasta diberi kemudahan administrasi dan insentif lain untuk membangun Rumah Sakit dan klinik tersebut. Di beberapa daerah, pihak swasta membangun fasilitas kesehatan di atas lahan yang disediakan oleh pemerintah daerah setempat.

##### **2. Kerja Sama Pemerintah dan Badan usaha (KPBU)**

Pemerintah (pusat dan daerah) bisa bekerja sama dengan Badan Usaha membangun Rumah Sakit yang disebut KPBU (Kerja Sama Pemerintah dan Badan Usaha). Ini akan meringankan beban pemerintah membiayai investasi pelayanan kuratif sehingga bisa lebih fokus untuk membiayai program-program UKM.

### **3. Rekonsiliasi CSR (*Corporate Social Responsibility*) untuk Program UKM**

Perlu didorong agar perusahaan swasta memasukkan kegiatan UKM dalam CSR masing masing. Kabupaten Wonogiri sendiri sebenarnya sudah memiliki payung hukum terkait CSR yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan. Namun Peraturan Daerah tersebut belum dilaksanakan secara optimal

#### **4.3.3. Optimalisasi Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan**

Berdasarkan Pasal 74 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas, Perseroan yang menjalankan kegiatan usahanya di bidang dan/atau berkaitan dengan sumber daya alam wajib melaksanakan tanggung jawab sosial dan lingkungan dengan mengalokasikan dana yang diperhitungkan sebagai biaya perseroan, yang pelaksanaannya dilakukan dengan memperhatikan kepatutan dan kewajiban. Di samping itu sesuai Pasal 15 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2007 tentang Penanaman Modal yang mewajibkan setiap penanam modal melaksanakan tanggung jawab sosial perusahaan, menghormati tradisi budaya masyarakat sekitar lokasi kegiatan usaha penanaman modal dan mematuhi semua ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP) adalah peresapan dari istilah *Corporate Social Responsibility* atau yang kerap disingkat dengan CSR. Istilah tersebut telah umum dikenal di berbagai negara. TJSLP adalah sebuah konsep dengan mana perusahaan memutuskan untuk

berkontribusi kepada masyarakat agar kehidupannya lebih baik, dan kondisi lingkungan tetap terjaga serta tidak di rusak fungsinya. Konsepsi TJSLP berasal dari nilai-nilai yang diperoleh melalui adopsi berbagai pemikiran global maupun lokal untuk mendorong perusahaan mengakui prinsip bertanggungjawab sosial secara terprogram, sebagai bagian dari identitas perusahaan yang bersangkutan.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi manajemen lebih memperhitungkan pelaksanaan TJSLP, antar lain:

- a. kepedulian dan harapan baru dari masyarakat, konsumen, pemerintah dan penanam modal dalam konteks globalisasi serta perubahan perilaku unsur lingkungan perusahaan (*business environment*);
- b. kriteria sosial semakin meningkat sehingga mempengaruhi keputusan investasi perorangan dan kelembagaan baik sebagai konsumen maupun sebagai penanam modal;
- c. menunjukkan kesadaran terhadap kerusakan lingkungan yang diakibatkan oleh aktivitas ekonomi; dan
- d. transparansi aktivitas bisnis yang dibawa oleh media dan informasi modern serta teknologi komunikasi.

Dalam melakukan usahanya perusahaan tidak hanya mempunyai kewajiban yang bersifat ekonomis dan legal, namun juga memiliki kewajiban yang bersifat etis. Etika bisnis merupakan tuntunan perilaku bagi dunia usaha untuk bisa membedakan mana yang baik dan mana yang tidak baik, mana yang boleh dan mana yang tidak boleh dilakukan oleh komunitas dunia usaha. Kepedulian kepada masyarakat sekitar dan lingkungan, termasuk sumber daya alam dapat diartikan sangat luas. Kesadaran tentang pentingnya TJSLP ini menjadi trend global seiring dengan semakin maraknya kepedulian mengutamakan Pemangku Kepentingan. TJSLP ini selain wujud



penerapan prinsip good corporate governance juga terkait untuk mendukung pencapaian tujuan *Sustainable Development Goals* (SDG's), salah satu diantaranya adalah pengurangan angka kemiskinan setiap tahun.

TJSLP bermanfaat pula untuk perwujudan akuntabilitas publik, membangun dan memperkuat pencitraan, kepercayaan, keamanan sosial, memperkuat investasi dan keberlanjutan perusahaan. Bagi masyarakat, TJSLP bermanfaat untuk perlindungan dan kesejahteraan masyarakat dalam dimensi sosial ekonomi, kenyamanan lingkungan hidup serta mengurangi kesenjangan dan keterpencilan. Bagi pemerintah pelaksanaan TJSLP bermanfaat untuk menumbuhkan komitmen bersama dan sinkronisasi program-program pemerintah dengan pihak swasta agar dapat terlaksana secara sistematis dan berkesinambungan dalam rangka percepatan pembangunan.

TJSLP adalah sebuah proses dimana perusahaan mengelola hubungan dengan beragam Pemangku Kepentingan yang dapat memiliki pengaruh nyata terhadap lisensi sosial atas operasional mereka di suatu daerah. Untuk menilai implementasi TJSLP dalam sustainable report, terdapat tiga jenis standar pengungkapan berdasarkan Global Reporting Initiative (GRI), yaitu (1) strategi dan profil TJSLP, (2) pendekatan manajemen dan (3) indikator pelaksanaan. Untuk masing-masing standar mempunyai acuan dalam mengungkapkan TJSLP dalam *sustainability report*.

Mobilisasi Sumber-sumber Non-Pemerintah untuk Kesehatan dapat dilakukan Kabupaten Wonogiri dengan pendekatan rekonsiliasi Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP)/ *Corporate Social Responsibility* yang sudah memiliki payung hukum yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung

Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan. Peraturan Daerah *a quo* memiliki maksud untuk meningkatkan kesadaran Perusahaan terhadap pelaksanaan TJSLP di wilayah Daerah, memenuhi perkembangan kebutuhan hukum dalam masyarakat mengenai TJSLP, menguatkan pengaturan TJSLP yang telah diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan sesuai dengan bidang kegiatan usaha Perusahaan yang bersangkutan, dan memberikan arahan kepada Perusahaan atas pelaksanaan Program TJSLP agar sesuai dengan program pembangunan Daerah yang berkelanjutan.

Selain hal diatas Tujuan pengaturan TJSLP adalah mewujudkan kepastian hukum bagi Perusahaan dalam pelaksanaan TJSLP, terarah dan terintegrasinya penyelenggaraan TJSLP antara Pemerintah Daerah dan Perusahaan, meningkatkan kualitas kehidupan dan kelestarian lingkungan yang bermanfaat bagi Perusahaan, Masyarakat, Pemerintah Daerah dan pihak-pihak terkait dengan operasional Perusahaan di seluruh wilayah Daerah, dan terjalinnya hubungan baik Perusahaan dengan Pemerintah Daerah dan masyarakat.

Pada Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan Pasal 13 juga telah ditegaskan TJSLP dilaksanakan dengan mengacu pada:

- a. rencana kerja tahunan Perusahaan;
- b. arah kebijakan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah; dan
- c. memperhatikan Rencana Program/kegiatan prioritas pembangunan Daerah.

TJSLP ini juga merupakan suatu kewajiban yang ditegaskan dalam Pasal 21 Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan. Namun pelaksanaan TJSL ini harus melalui pembentukan Forum TJSLP yang dibentuk oleh Kepala Daerah, dimana tugas Forum TJSLP adalah sebagai fasilitator penyelenggaraan Program TJSLP. Namun, hingga saat ini Forum TJSLP belum dibentuk.

TJSLP yang sudah terlaksana dan tercatat hanya TJSLP dari Bank Jateng, dengan jumlah alokasi TJSLP adalah Rp 200.000.000,00 pada tahun 2024. Dana TJSLP tersebut juga di alokasikan untuk pembayaran premi kepesertaan PBI JKN BPBU BP Pemerintah Daerah BPJS Kesehatan Kabupaten Wonogiri. Namun, pelaksanaan TJSLP tersebut menggambarkan hal yang belum optimal. Hal ini karena terdapat 525 perusahaan berskala besar berdasarkan data dari DPMPTSP Kabupaten Wonogiri yang teregister pada Tahun 2021 sampai dengan 2025. Artinya ada kemungkinan 524 perusahaan berskala besar melaksanakan TJSLP namun tidak ada rekonsiliasi dengan pemerintah daerah atau ada kemungkinan tidak melaksanakan sama sekali. Sedangkan Pasal 25 Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan telah mengatur bahwa Setiap Perusahaan yang melaksanakan TJSLP wajib menyampaikan laporan kepada Bupati dan DPRD melalui Forum TJSLP. Laporan disampaikan secara periodik setiap triwulan, semester dan tahunan. Tidak adanya track record TJSLP dari Perusahaan selain Bank Jateng adalah implikasi belum terbentuknya Forum TJSLP.

#### **4.3.4. Manajemen Optimalisasi Rekonsiliasi Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan dengan Pemerintah Daerah**

Penyediaan fasilitas kesehatan merupakan salah satu kebutuhan mendasar dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Pemerintah Kabupaten Wonogiri setiap tahun dihadapkan pada tantangan peningkatan kualitas dan akses layanan kesehatan, sementara di sisi lain kapasitas fiskal daerah masih terbatas. Kebutuhan pembiayaan untuk pembangunan dan pemeliharaan puskesmas, pengadaan alat kesehatan, penyediaan layanan kesehatan masyarakat, serta upaya pencegahan penyakit sering kali tidak sepenuhnya dapat ditopang oleh APBD.

Berangkat dari kondisi tersebut, Kabupaten Wonogiri perlu mencari alternatif pembiayaan di luar APBD. Salah satu sumber daya potensial yang dapat dioptimalkan adalah Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP) atau CSR. Melalui Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019, pemerintah daerah sebenarnya **telah memiliki landasan hukum yang kuat** untuk menggerakkan kontribusi perusahaan terhadap pembangunan daerah, termasuk bidang kesehatan. Namun, hingga kini, pemanfaatan perda tersebut masih sangat terbatas karena belum dioperasionalkan secara optimal dalam bentuk kebijakan turunan, kelembagaan pengelola, maupun mekanisme yang jelas bagi perusahaan.

Lebih lanjut, untuk menghasilkan optimalisasi TJSLP yang holistic, maka optimalisasi ini dapat dianalisis terlebih dahulu melalui tiga perspektif manajerial utama, yaitu:

##### **1. Perspektif Strategis**

- a. Pemerintah daerah perlu menetapkan *strategic priorities* yang dapat didukung perusahaan, salah satunya adalah pembangunan dan revitalisasi fasilitas kesehatan.

- b. TJSLP diarahkan selaras dengan visi pembangunan daerah sehingga kontribusi perusahaan tidak berjalan sporadis, tetapi terarah.

## 2. Perspektif Kelembagaan

- a. Pemerintah harus membentuk **Unit Pengelola TJSLP**, atau menumpangkannya pada Bappeda/Dinas PMPTSP, untuk memastikan koordinasi lintas OPD dan memastikan perusahaan memiliki titik kontak tunggal.
  - b. Dibentuk **Forum TJSLP** Kabupaten Wonogiri yang melibatkan pemerintah, asosiasi perusahaan, perguruan tinggi, dan organisasi masyarakat.
3. **Perspektif Tata Kelola** (TJSLP harus dikelola dengan pendekatan good governance):
- a. **Transparansi** dalam pemetaan kebutuhan pembangunan kesehatan.
  - b. **Akuntabilitas** dalam pelaporan kontribusi perusahaan.
  - c. **Partisipatif** dengan melibatkan perusahaan sebagai mitra strategis, bukan sekadar penyumbang dana.

Berdasarkan hasil analisis manajerial, untuk memberikan solusi terkait tantangan tersebut, diperlukan sebuah wadah koordinasi yang **legal**, dan dapat mempertemukan berbagai pemangku kepentingan: pemerintah daerah, perusahaan, fasilitas kesehatan, serta unsur pendukung seperti akademisi dan masyarakat sipil. Wadah ini harus bekerja sebagai **penghubung (intermediary)**, bukan sekadar ruang diskusi, tetapi sebuah mekanisme kolaboratif yang mampu:

- a. Menyediakan informasi yang jelas mengenai kebutuhan prioritas daerah.
- b. Mengarahkan program TJSLP agar tidak berjalan sporadis.
- c. Menjembatani komunikasi antara fasilitas layanan publik dan perusahaan.

- d. Menjamin transparansi dan akuntabilitas, terkait penyaluran dana TJSLP dari perusahaan.
- e. Mengurangi risiko tumpang tindih program dan duplikasi kegiatan.

Dari sinilah ide pembentukan Forum TJSLP Kabupaten Wonogiri menjadi sangat relevan dan strategis. Forum ini bukanlah lembaga baru yang memberatkan pemerintah daerah. Sebaliknya, forum dirancang sebagai struktur ringan yang berfungsi untuk menyelaraskan kontribusi perusahaan tanpa menciptakan lapisan birokrasi tambahan. Forum juga memungkinkan pemerintah daerah untuk **menjalankan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan** secara operasional, karena perda tersebut pada dasarnya membutuhkan perangkat koordinatif agar dapat diterapkan dengan baik.

Lebih lanjut, keberadaan forum akan menjadi instrumen penting dalam memastikan bahwa TJSLP berkontribusi secara signifikan terhadap pembangunan fasilitas kesehatan. Dengan forum, pemda memiliki saluran resmi untuk menyampaikan kebutuhan sektor kesehatan secara komprehensif dan terstruktur; perusahaan mendapatkan kepastian mengenai arah dan dampak program mereka; sementara fasilitas kesehatan memperoleh akses pendanaan alternatif untuk meningkatkan layanan.

Dengan demikian, pembentukan Forum TJSLP bukan sekadar pilihan, tetapi merupakan strategi manajemen kolaboratif yang diperlukan untuk mendorong percepatan pembangunan dan kemandirian fiskal daerah. Forum ini akan menjadi instrumen untuk mengoptimalkan potensi TJSLP

sebagai solusi pendanaan berkelanjutan di tengah terbatasnya APBD.

Untuk memastikan Forum TJSLP dapat berfungsi secara efektif dan berkelanjutan, mekanisme pengelolaannya harus dianalisis menggunakan prinsip manajemen modern. Salah satu kerangka yang paling relevan adalah **P-O-L-C** (*Planning, Organizing, Leading, dan Controlling*), yang umum digunakan untuk memastikan setiap organisasi atau sistem berjalan terarah, terstruktur, dan memiliki mekanisme pengawasan yang jelas.

Penerapan prinsip POLC penting karena Forum TJSLP bukan sekadar forum diskusi, melainkan wadah koordinasi strategis yang melibatkan banyak pemangku kepentingan, seperti pemerintah daerah, perusahaan, fasilitas kesehatan, komunitas, dan lembaga pendukung lainnya. Tanpa manajemen yang baik, forum berisiko menambah kompleksitas, menciptakan tumpang tindih program, atau tidak menghasilkan dampak nyata.

Dengan memahami mekanisme Forum TJSLP melalui kaca mata POLC, pemerintah daerah dapat memastikan bahwa forum berjalan sesuai kebutuhan Kabupaten Wonogiri, selaras dengan Perda No. 5 tahun 2019, serta mampu mendukung pendanaan fasilitas kesehatan secara optimal. Berikut adalah penjelasan rinci keterkaitan setiap aspek mekanisme forum dengan prinsip POLC.

1. **Planning (Perencanaan):** Perencanaan merupakan fondasi dari pengelolaan Forum TJSLP. Dalam konteks Forum TJSLP Kabupaten Wonogiri, perencanaan tercermin dalam beberapa kegiatan inti:
  - a. **Pemetaan kebutuhan fasilitas Kesehatan:** Perencanaan dimulai dengan mengidentifikasi kebutuhan aktual puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya. Proses ini memastikan bahwa program TJSLP tidak berjalan

sporadis, tetapi diarahkan pada kebutuhan prioritas yang telah tervalidasi.

- b. **Pemetaan potensi perusahaan:** Perencanaan yang baik membutuhkan data potensi pendukung. Oleh karena itu forum menyusun database perusahaan lengkap dengan kapasitas TJSLP, sehingga memungkinkan *matching* kebutuhan dengan kemampuan perusahaan.
  - c. **Penetapan agenda dan prioritas forum secara periodik:** Rapat forum yang dilaksanakan 3 - 4 kali setahun merupakan bentuk perencanaan sistematis, memastikan forum tidak menjadi kegiatan seremonial tetapi ruang strategis untuk memutuskan arah pelaksanaan TJSLP.
2. **Organizing (Pengorganisasian):** Pengorganisasian berperan dalam menentukan struktur, pembagian tugas, dan alur kerja yang jelas. Dalam Forum TJSLP, aspek pengorganisasian meliputi:
- a. **Pembentukan struktur forum yang *lean* dan efisien:** Struktur forum yang ringan, tanpa unit baru, dan hanya membutuhkan sekretariat kecil menunjukkan pengorganisasian yang efektif dalam meminimalkan beban administratif.
  - b. **Pembentukan *taskforce* sesuai kebutuhan:** *Taskforce* dibentuk untuk isu-isu tertentu seperti kesehatan atau infrastruktur. *Taskforce* tersebut menunjukkan fleksibilitas pengorganisasian yang adaptif terhadap dinamika kebutuhan daerah.
  - c. **Penempatan ruangan / sekretariat pada titik strategis:** Strategi ini memberikan kejelasan titik koordinasi, dan memastikan forum memiliki pusat administrasi



- d. **Peran masing-masing pemangku kepentingan:**
  - Pemda: regulator & fasilitator
  - Perusahaan: pendukung melalui TJSLP
  - Fasilitas kesehatan: pengusul dan pengguna program
  - OPD teknis: pelaksana program
3. **Leading (Kepemimpinan dan Pengarahan):** Kepemimpinan merupakan elemen penting untuk menjaga keberlanjutan forum. Pada Forum TJSLP, prinsip *leading* terwujud melalui:
  - a. **Peran ketua forum (Kepala Bappeda / Sekda):** Ketua forum memegang peran strategis dalam mengarahkan kebijakan, menyampaikan visi pembangunan daerah, dan memastikan forum berjalan sesuai mandat perda.
  - b. **Penyelarasan kepentingan antar pemangku kepentingan:** Dalam forum, kepemimpinan bukan hanya soal instruksi, tetapi kemampuan membangun konsensus antara dunia usaha, fasilitas kesehatan, dan pemerintah.
  - c. **Pemberian apresiasi dan pengakuan:** Kepemimpinan juga ditunjukkan melalui pemberian penghargaan bagi perusahaan pendukung, sehingga memperkuat hubungan jangka panjang dan mendorong partisipasi sukarela.
4. **Controlling (Pengawasan dan Evaluasi):** Unsur *controlling* diperlukan agar forum tidak hanya berjalan, tetapi juga berjalan dengan benar. Dalam mekanisme Forum TJSLP, pengawasan terimplementasi melalui:
  - a. **Pelaporan berkala dari OPD teknis dan perusahaan:** Pelaporan ini memastikan akuntabilitas dan transparansi, sekaligus memudahkan evaluasi program.
  - b. **Evaluasi kinerja setiap periode:** Rapat digunakan untuk menilai capaian sebelumnya, memetakan hambatan, dan mengatur perbaikan. Hal tersebut untuk memastikan agar forum tidak stagnan.

- c. **Publikasi hasil dan apresiasi publik:** Publikasi berfungsi sebagai bentuk pengawasan sosial dan meningkatkan kepercayaan masyarakat.

Ketika mekanisme Forum TJSLP dipetakan melalui prinsip POLC, terlihat bahwa forum ini telah memiliki desain manajerial yang lengkap, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, hingga pengawasan. Hal ini menunjukkan bahwa Forum TJSLP bukan hanya sebuah forum seremonial, melainkan sistem kolaboratif yang:

- a. Memiliki arah yang jelas (**planning**),
- b. Struktur kerja yang efisien (**organizing**),
- c. Kepemimpinan yang partisipatif (**leading**),
- d. Serta sistem evaluasi yang transparan (**controlling**).

Dengan pengelolaan berbasis POLC, Forum TJSLP mampu menjadi instrumen strategis yang mengoptimalkan potensi kontribusi perusahaan melalui TJSLP untuk mendukung pembiayaan fasilitas kesehatan dan pembangunan berkelanjutan Kabupaten Wonogiri.

Lebih lanjut, agar Forum TJSLP mampu menjalankan perannya sebagai penghubung antara perusahaan, pemerintah daerah, dan fasilitas kesehatan, maka mekanisme penerimaan dana dari perusahaan harus dirancang secara transparan, efisien, dan sesuai regulasi. Mekanisme yang jelas tidak hanya mencegah potensi penyalahgunaan, tetapi juga membangun kepercayaan seluruh pihak, terutama perusahaan sebagai pemberi dana. Berikut adalah mekanisme yang direkomendasikan:

1. **Pembentukan rekening resmi forum TJSLP:** Langkah awal yang harus dilakukan adalah pembuatan **rekening resmi Forum TJSLP** yang berada di bawah payung **SK Bupati** atau regulasi turunan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan. Rekening ini harus berada pada:

- **Bank daerah (Bank Jateng)** atau
- **Bank yang ditunjuk khusus oleh Pemda dengan mekanisme pengawasan keuangan daerah.**

Rekening ini **bukan milik individu** maupun dinas tertentu, tetapi menjadi **rekening kelembagaan** yang dikelola oleh *tim pengelola keuangan Forum TJSLP* yang terdiri dari unsur:

- Dinas terkait (misal Bappeda/Bagian Perekonomian)
- Perwakilan forum
- Akuntan/pejabat penatausaha keuangan

## 2. **Penandatanganan Komitmen dan Berita Acara Kontribusi:**

Sebelum perusahaan menyalurkan dana, Forum TJSLP perlu menyiapkan dua dokumen administratif:

### a. Dokumen Komitmen TJSLP

- Disepakati antara perusahaan dan forum.
- Berisi nilai kontribusi, periode penyaluran, dan tujuan program (misal: alat kesehatan, perbaikan fasilitas layanan, edukasi kesehatan).

### b. Berita Acara Penyaluran

- Ditandatangani setiap kali ada penyaluran dana.
- Menjadi bukti legal dan administratif agar dana tidak dianggap sebagai pungutan liar.

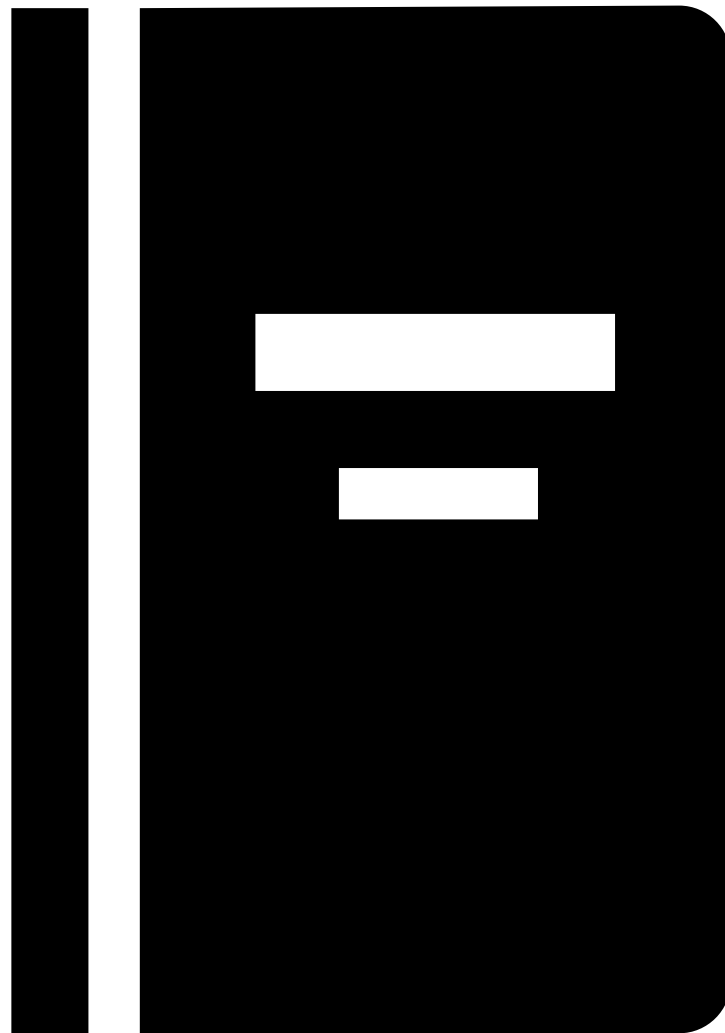
## 3. **Proses penyaluran dana oleh perusahaan:** Perusahaan menyalurkan dana TJSLP melalui transfer langsung ke rekening resmi Forum TJSLP. Tidak diperbolehkan:

- Penyerahan dalam bentuk tunai
- Penitipan dana ke individu
- Penyaluran melalui rekening pribadi atau non-resmi

Setiap transfer harus mencantumkan:

- Nama perusahaan
- Nominal

- Tujuan program
  - Periode program
4. **Pencatatan dan Bukti Penerimaan Dana:** Setelah dana masuk, tim keuangan forum wajib melakukan:
- Pencatatan langsung (real time) dalam Buku Kas Umum TJSLP
  - Penerbitan Bukti Penerimaan Dana untuk perusahaan
  - Pemberitahuan resmi kepada pengurus forum dan dinas terkait
5. **Mekanisme Audit dan Evaluasi Rutin:** Pelaporan keuangan harus diaudit oleh:
- Tim internal forum (pengawas) setiap bulan/triwulan
  - Inspektorat daerah setiap tahun
  - Auditor eksternal (opsional), bila dibutuhkan untuk kredibilitas tambahan
- Hasil audit kemudian dilaporkan ke bupati, perusahaan, dan apabila memungkinkan ke public dashboard.
- Dengan mekanisme penerimaan dana yang transparan dan efisien, Forum TJSLP Kabupaten Wonogiri dapat menjadi instrumen yang kredibel untuk:
- a. Mengoptimalkan Perda No. 5 Tahun 2019
  - b. Menarik lebih banyak kontribusi perusahaan
  - c. Mengurangi beban APBD
  - d. Meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan
  - e. Menghadirkan kolaborasi multipihak yang sehat dan berkelanjutan



# BAB V

## **PENUTUP**

### 5.1. Simpulan

Simpulan dari hasil pemetaan yang telah dijelaskan dalam kajian ini adalah sebagai berikut:

1. Kondisi eksisting pembiayaan kesehatan di Kabupaten Wonogiri masih sangat bergantung pada APBD, dimana bersumber dari Pendapatan Bagi Hasil; Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Sebelumnya DBH Cukai Hasil Tembakau (CHT); DAU yang ditentukan Penggunaannya Bidang Kesehatan; dan Pendapatan Bagi Hasil Pajak Rokok. Pembiayaan kesehatan bersumber dari APBD di Kabupaten Wonogiri belum optimal dalam implementasinya, artinya sumber anggaran masih sangat kurang dalam hal pembiayaan kesehatan yang layak dan cukup untuk masyarakat di Kabupaten Wonogiri, meskipun ada pembaiyaan lain dari diluar APBD yaitu dari TJSLP Bank Jateng belum mampu memenuhi kebutuhan pembiayaan yang layak dan prima, karena TJSLP dari Bank Jateng pos-posnya tidak hanya untuk pembiayaan kesehatan. Sehingga, dewasa ini ketika banyak anggaran yang dilakukan efisiensi dan pemangkasan dana transfer dari pusat, Kabupaten Wonogiri perlu mencari sumber-sumber pembiayaan kesehatan di luar APBD.
2. Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Wonogiri yang seluruhnya masih bergantung pada APBD tidak cukup optimal dalam pembiayaan kesehatan yang layak dan prima. Kabupaten Wonogiri perlu melakukan trobosan dengan mencari sumber-sumber pembiayaan lain. Pada kajian ini sumber pembiayaan lain yang tepat adalah **Rekonsiliasi Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP)**, mengingat di Kabupaten Wonogiri telah memiliki Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan yang selama ini belum aplikatif. Apabila Peraturan Daerah *a quo* dioptimalkan, hal ini akan

menjadi harapan baru bagi Kabupaten Wonogiri dalam hal menghimpun dana Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP), mengingat di Kabupaten Wonogiri berdasarkan data DPMPTSP terdapat 525 perusahaan dengan skala besar.

## 5.2. Saran

Adapun saran yang bisa diberikan terhadap penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kabupaten Wonogiri perlu melakukan optimalisasi pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan melalui **Rekonsiliasi Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP)** dengan pendataan badan usaha yang ada di Kabupaten Wonogiri dan melakukan rekonsiliasi untuk menyamakan visi misi dalam menghimpun dana Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan (TJSLP).
2. Forum TJSLP sebagaimana telah ditegaskan dalam Pasal 17 Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan **harus segala dibentuk oleh Bupati**, mengingat Forum TJSLP merupakan fasilitator penyelenggaraan Program TJSLP. Pembentukan Forum TJSLP bukan sekadar pilihan, tetapi merupakan strategi manajemen kolaboratif yang diperlukan untuk mendorong percepatan pembangunan dan kemandirian fiskal daerah. Forum ini akan menjadi instrumen untuk mengoptimalkan potensi TJSLP sebagai solusi pendanaan berkelanjutan di tengah terbatasnya APBD.
3. Memastikan Forum TJSLP dapat berfungsi secara efektif dan berkelanjutan, mekanisme pengelolaannya harus dianalisis menggunakan prinsip manajemen modern. Salah satu kerangka

yang paling relevan adalah **P-O-L-C** (*Planning, Organizing, Leading, dan Controlling*), yang umum digunakan untuk memastikan setiap organisasi atau sistem berjalan terarah, terstruktur, dan memiliki mekanisme pengawasan yang jelas.

4. Membuat **rekening resmi forum TJSLP**: Langkah awal yang harus dilakukan adalah pembuatan **rekening resmi Forum TJSLP** yang berada di bawah payung **SK Bupati** atau regulasi turunan Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan. Rekening ini harus berada pada:
  - **Bank daerah (Bank Jateng)** atau
  - **Bank yang ditunjuk khusus oleh Pemda dengan mekanisme pengawasan keuangan daerah.**



# DAFTAR PUSTAKA

## Buku

- Anand, S. & WHO. 2010. Measuring Health Workforce Inequalities: Methods and Application to China and India. Geneva: WHO Press. Blum, H. L. (1974).
- Anna Kurniati dan Ferry Efendi, Kajian SDM Kesehatan di Indonesia. (Jakarta: Salemba Medika, 2012)
- Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., et al. 2013. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chen, R., Zhao, Y., Du, J., et al. 2014. Health workforce equity in urban community health service of China. PloS one, 9, e115988.
- Delavari, S., Zandian, H., Rezaei, S., Moradinazar, M., Delavari, S., Saber, A., & Fallah, R. 2016. Life Expectancy and its socioeconomic determinants in Iran. Electronic physician, 8(10), 3062.
- Dussault, G. & Dubois, C.-A. 2003. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human resources for health.
- Fellman, J. 2012. Estimation of Gini coefficients using Lorenz curves. Journal of Statistical and Econometric Methods, 1, 31-38.
- Ghosh, S. 2014. Equity in The Utilization of Healthcare Services in India: Evidence from National Sample Survey. International Journal of Health Policy and Management, 2, 29.
- Grossman, M. 1972. On The Concept of Health Capital and The Demand for Health. Journal of Political Economy, 80(2), 223-255.
- Grubaugh, S. G., & Santerre, R. E. 1994. Comparing The Performance of Health Caresystems: An Alternative Approach. Southern Economic Journal, 1030-1042.
- Kabir, M. 2008. Determinants of Life Expectancy in Developing Countries. The Journal of Developing Areas, 185-204.

Mahmud Marzuki, P. Penelitian Hukum. 2005. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Narasimhan, V., Brown, H., Pablos-Mendez, A., et al. 2004. Responding to the global human resources crisis. *Lancet*, 363, 1469-72.

## **Perundang-Undangan**

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 106, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4756).

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).

Peraturan Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 5 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tanggung Jawab Sosial Dan Lingkungan Perusahaan (Lembaran Daerah Kabupaten Wonogiri Tahun 2019 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Wonogiri Nomor 179)