



MODUL

Pemasaran Pelayanan Kesehatan

Dosen: Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL



**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 01
PENGANTAR PEMASARAN & KOMUNIKASI
MARKETING PUBLIC RELATIONS (MPR)
DI PROVIDER LAYANAN KESEHATAN**

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)
email: erlina.puspitaloka@esaunggul.ac.id

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023**

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dasar Marketing Public Relations (MPR) dalam Kesehatan
2. Menguraikan konsep dasar Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami implementasi teori MPR di Pelayanan Kesehatan di PPK dengan benar

B. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- b. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- c. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. Topik Perkuliahan : Pengantar Marketing Public Relations (MPR)

Sub Topik : Teori dan Implementasi di PPK

C. Uraian : Pengantar *Marketing Public Relations (MPR)* dalam Kesehatan

Definisi Pemasaran (*Marketing*) menurut Kotler dan Amstrong (2008: 6) pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana pribadi atau organisasi memperoleh yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan dan pertukaran nilai dengan yang lain. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemasaran merupakan kegiatan yang dilakukan oleh individu ataupun organisasi yang mencakup proses perencanaan, harga, promosi, dan distribusi terhadap suatu ide, barang atau jasa untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan.

Menurut Harrison (2008: 416) healthcare marketing adalah:

Healthcare Marketing is the process of planning and executing the conception, pricing, promotion and distribution of ideas, goods, services, organisations and events to create exchanges that satisfy individual and organisational objectives. definisi di atas dapat diterjemahkan sebagai berikut, pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi dan distribusi dari ide, barang, jasa, organisasi dan kegiatan untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan tujuan individu dan organisasi.

Perusahaan tidak hanya harus berhubungan secara konstruktif dengan pelanggan, pemasok dan penyalur. Melainkan juga harus berhubungan dengan sejumlah besar masyarakat yang berkepentingan. masyarakat (*public*) adalah setiap kelompok yang memiliki kepentingandalam atau pengaruh terhadap kemampuan suatu perusahaan mencapai tujuannya saat ini atau pada masa mendatang. hubungan masyarakat (*Public relations*) meliputi berbagai program

yang dirancang untuk mempromosikan atau melindungi citra perusahaan atau masing-masing produknya.

Menurut Oliver (2007:4) *Public relations* adalah manajemen reputasi organisasi. *Relations* mengidentifikasi persepsi yang dipegang oleh organisasi dan memberi informasi mengenai kinerja organisasi kepada semua audiens yang relevan. *Public relations* menyangkut pengembangan reputasi yang pantas untuk sebuah organisasi, yang didasarkan pada kinerja. reputasi ini tidak harus baik, tetapi hanya yang pantas diperoleh organisasi ini.

Idealnya bahwa antara PR dan *marketing* itu secara struktural sama-sama memiliki department (divisi) sendiri-sendiri. tetapi secara fungsional kedua departemen bersatu untuk mencapai tujuan perusahaan. menurut meskipun antara *Public relations* dan *marketing* secara filosofis berbeda. *Public relations* bertujuan untuk membangun citra (kepada target publik) sedangkan *marketing* bertujuan menjual produk (*product selling*) kepada target market. perpaduan antara dua elemen penting organisasi ini melahirkan konsep “*Marketing Public Relations* ”(MPR).

Menurut Ardianto (2009:120-121) masuknya bidang *Public relations* ke dalam *marketing*, karena peningkatan kebutuhan dan minat konsumen, harga semakin kompetitif, perlu memperluas distribusi, dan banyaknya promosi dari produk/jasa sejenis. berubahnya cara *marketing* dengan memasukkan *Public relations* ke dalamnya disebabkan oleh :

1. Adanya sikap kritis konsumen dan ketatnya pengawasan pemerintah.

2. Penarikan berbagai produk selalu menghiasi berita utama di media massa.
3. Adanya kesan negatif kepada konsumen kepada setiap produk yang ditawarkan.
4. Perlunya pemasangan iklan dengan muatan yang mencerminkan kebutuhan sosial dan tanggung jawab produsen.
5. Seringkali bermunculan berbagai isu produk dan perusahaan.
6. Masalah citra perusahaan dan produk yang selalu harus dipelihara dan ditingkatkan.

Marketing Public Relations (MPR) sebagai sebuah proses perencanaan, eksekusi, dan evaluasi program-program yang mendorong atau menganjurkan pembelian dan kepuasan konsumen melalui komunikasi yang kredibel dalam menyampaikan informasi dan menciptakan impresi yang mengidentifikasi perusahaan dan produknya dengan kebutuhan, keinginan, perhatian, dan kepentingan konsumen. Menurut Suparmo (2011:57) penggunaan *Marketing Public relations* dilakukan ketika:

1. Memposisikan perusahaan sebagai leader dan ahli di bidangnya (*advertorial*),
2. Membangun kepercayaan konsumen,
3. Introduksi produk baru,
4. Menghidupkan kembali dan repositioning produk yang sudah mentas,
5. Mengkomunikasikan benefit baru dari produk lama,
6. Mempromosikan penggunaan baru bagi produk lama,
7. Melibatkan orang dengan produk,
8. Membangun interest atas kategori produk,
9. Membuka pasar baru,
10. Mencapai pasar sekunder,
11. Memperkuat pasar lemah,
12. Mendorong pencapaian iklan,
13. Counteract atas penolakan konsumen terhadap iklan,
14. Menembus kesemrawutan banyaknya iklan,
15. Menjadikan iklan sebagai berita
16. Memperkuat iklan dengan pesan yang lebih meyakinkan.

Menurut Kotler dan Keller (2007: 279) *Marketing Public relations (MPR)* dapat membangun kesadaran dengan menempatkan berita di media untuk menarik perhatian

orang pada suatu produk, jasa, orang, organisasi atau gagasan. *Marketing Public relations* dapat membangun kredibilitas dengan menyampaikan pesan dalam konteks editorial. *Marketing Public relations* dapat membantu untuk

meningkatkan antusiasme tenaga penjualan dan penyalur dengan cerita-cerita mengenai produk baru sebelum diluncurkan. *Marketing Public relations* dapat menurunkan biaya promosi karena *Marketing Public relations* menghabiskan biaya yang lebih rendah daripada surat langsung dan iklan media.

Menurut Ardianto (2009: 121) Peran *Marketing Public Relations* adalah :

Konsep *Public Relations* yang berorientasi pemasaran. Sebelum dan sesudah marketing dijalankan, maka perlu diakses dahulu atau dipelihara oleh *Public Relations* dengan melakukan pembentukan citra (*image building*) suatu produk atau jasa yang positif. bila citra perusahaan, produk atau jasa sudah positif di mata konsumen, maka mempermudah upaya pemasaran publik untuk menjadi pelanggan.

Marketing Public Relation pada prinsipnya adalah merupakan suatu kegiatan yang terencana dan suatu usaha yang terus menerus untuk dapat memantapkan dan mengembangkan itikad baik (*good will*) dan pengertian yang timbal balik (*mutual understanding*) antara suatu organisasi dengan masyarakat. *Marketing public relations* (MPR) penekanannya bukan pada selling (seperti pada kegiatan periklanan), namun peran pemberian informasi, pendidikan dan upaya peningkatan pengertian lewat penambahan pengetahuan mengenai suatu produk/jasa/perusahaan akan lebih kuat dampaknya dan agar lebih lama diingat oleh konsumen, maka MPR merupakan suatu konsep yang lebih tinggi dan lengkap dari iklan yang biasa.

Menurut Kotler dan Keller (2008:277), *marketing Public relations* jauh melampauinya hanya sekedar pemberitaan sederhana dan memegang peran penting dalam tugas-tugas berikut :

- a. Membantu peluncuran produk-produk baru
- b. Membantu memposisikan kembali produk yang sudah matang
- c. Membangun minat terhadap kategori produk
- d. Mempengaruhi kelompok sasaran tertentu
- e. Membela produk yang telah menghadapi masalah publik
- f. Membangun citra korporat yang tercermin baik dalam produk-produknya.

B. Strategi Marketing Public Relations (MPR) dalam Provider Pelayanan Kesehatan

Menurut J.L Thomson (1995) yang dikutip dari Oliver (2007:2) mendefinisikan strategi sebagai cara untuk mencapai sebuah hasil akhir. Hasil akhir menyangkut tujuan dan sasaran organisasi dan strategi kompetitif untuk masing-masing aktivitas. Menurut Anggoro (2005:243) ada tiga pendekatan strategis yang harus dilakukan terhadap humas dan pemasaran yaitu :

Pertama, kedua fungsi itu harus diletakkan sebagai bagian dari keutuhan kelangsungan usaha. Kedua, kegiatannya difokuskan untuk meningkatkan upaya awareness dan meningkatkan pembelian produk atau jasa yang ditawarkan. dan ketiga, orientasinya harus difokuskan untuk menciptakan kepuasan konsumen dan dimanfaatkan guna membentuk *long term customer relationship*.

Menurut Kotler, dkk (2008: 76), strategi pemasaran merupakan strategi untuk melayani pasar atau segmen pasar yang di jadikan target oleh perusahaan. definisi strategi pemasaran adalah sebagai berikut:“strategi pemasaran adalah logika pemasaran yang digunakan oleh perusahaan dengan harapan agar unit bisnis dapat mencapai tujuan perusahaan. Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga,promosi dan distribusi (*marketing mix*) terhadap pesaing dekatnya.

Menurut Radiosunu (2001: 27), strategi pemasaran didasarkan atas lima konsep strategi berikut:

- a. Segmentasi pasar. tiap pasar terdiri dari bermacam-macam pembeli yang mempunyai kebutuhan, kebiasaan membeli dan reaksi yang berbeda-beda.

Perusahaan tak mungkin dapat memenuhi kebutuhan semua pembeli. Karena itu perusahaan harus mengelompokkan kelompokkan pasar yang bersifat heterogen ke dalam satuan–satuan pasar yang bersifat homogen

- b. *Market positioning*. perusahaan tak mungkin dapat menguasai pasar keseluruhan. maka prinsip strategi pemasaran kedua adalah memilih pola spesifik pemusatan pasar yang akan memberikan kesempatan maksimum kepada perusahaan untuk mendapatkan kedudukan yang kuat. dengan kata lain perusahaan harus memilih segmen pasar yang dapat menghasilkan penjualan dan laba yang paling besar.

- c. *Targeting* adalah strategi memasuki segmen pasar yang dijadikan sasaran penjualan.

- d. *Marketing mix strategy*. kumpulan variabel-variabel yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi tanggapan konsumen. variabel-variabel yang dapat mempengaruhi pembeli adalah variabel yang berhubungan dengan *product, place, promotion* dan *price* (4P).
- e. *Timing strategy*. penentuan saat yang tepat dalam memasarkan produk merupakan hal yang perlu diperhatikan. meskipun perusahaan melihat adanya kesempatan baik. terlebih dulu harus dilakukan persiapan baik produksi.

Menurut Kotler & Ketler, dkk (2008:279), alat-alat utama *Marketing Public Relations* antara lain:

a. Terbitan

Perusahaan-perusahaan sangat mengandalkan bahan-bahan yang diterbitkan untuk menjangkau dan mempengaruhi pasar sasarannya. bahan-bahan ini mencakup: brosur, artikel, berita berkala dan majalah perusahaan, laporan tahunan, dan bahan-bahan audio visual.

b. Acara-acara

Perusahaan-perusahaan dapat menarik perhatian pada produk-produk baru atau kegiatan-kegiatan perusahaan lainnya dengan menyelenggarakan acara-acara khusus seperti konferensi berita, seminar, tamasya, pameran dagang, pemaangan produk, kontes dan kompetisi

c. Pemberian dana sponsor

Perusahaan-perusahaan dapat mempromosikan mereka dan nama perusahaannya dengan mensponsori pertandingan olahraga dan acara budaya dan tujuan-tujuan yang sangat dihargai.

d. Berita

Salah satu tugas utama profesional humas adalah menemukan atau menciptakan berita yang menguntungkan tentang perusahaan tersebut, produknya dan orang-orangnya, dan mengupayakan agar media menerima siaran pers dan menghadiri konferensi pers.

e. Ceramah

Makin banyak eksekutif perusahaan harus menjawab dengan tangkas pertanyaan-pertanyaan dari media atau member ceramah dalam perhimpunan- perhimpunan perdagangan atau rapat-rapat penjualan, dan penampilan ini dapat membangun citra perusahaan tersebut.

f. Kegiatan layanan masyarakat

Perusahaan-perusahaan dapat membangun kehendak baik dengan menyumbangkan uang dan waktu untuk tujuan-tujuan yang baik.

g. Media Identitas

Perusahaan-perusahaan membutuhkan identitas visual yang langsung dikenal masyarakat. identitas visual tersebut terdapat dalam logo perusahaan, alat tulis, brosur, tanda, formulir bisnis, kartu nama, bangunan, seragam, dan aturan berpakaian.

Di dalam penelitian ini, peneliti akan memfokuskan pada beberapa alat utama *marketing Public relations* yaitu terbitan, acara-acara (*event*) dan pemberian dana sponsorship, sebagai bagian dari aktivitas yang biasa dilakukan oleh perusahaan Rumah Sakit Sari Mutiara dalam membangun Citra Perusahaan.

C. Strategi Komunikasi dalam *Marketing Public relations*

Menurut Hallahan (1988) yang dikutip dari Iriantara (2004: 110) bahwa strategi komunikasi ini akan berkaitan dengan bagaimana mewujudkan gagasan sehingga bisa mencapai objektif yang ditetapkan. dalam strategi ini biasanya dinyatakan apa yang akan dilakukan. dalam menyusun strategi komunikasi ada beberapa hal yang mesti diperhatikan.

- a. Khalayak. tentukan khalayak mana yang akan dijangkau oleh kegiatan komunikasi sejalan dengan objektif yang sudah ditetapkan. dalam penyusunan strategi ini, penting untuk memprioritaskan publik organisasi. Namun, dengan tidak melupakan publik intermediary (berpengaruh) yang akan membantu mengkomunikasikan pesan.
- b. Tema. pesan yang disusun pun harus konsisten dengan objektif. tema yang baik adalah tema yang jelas, langsung, relevan, aktual, dan jujur. selain itu bisa juga kreatif, dramatis atau bernilai berita. harap diingat, tema itu tidak sama dengan slogan.
- c. Event dan Media. di sini mempertimbangkan bagaimana pesan itu disampaikan. apakah media publik, media interaktif, media yang terkontrol, komunikasi tatap muka, ataukah menyelenggarakan kegiatan atau membuat kegiatan. media dan events yang dipilih dilakukan dengan mempertimbangkan khalayak yang dijangkau melalui kegiatan komunikasi tersebut.

D. Bauran Pemasaran (*Marketing Mix*) di Rumah Sakit atau Provider Pelayanan Kesehatan

Marketing mix merupakan variabel-variabel yang dipakai oleh perusahaan sebagai sarana untuk memenuhi atau melayani kebutuhan dan keinginan konsumen. variabel yang terdapat didalamnya adalah produk, harga, distribusi, dan promosi. keempat elemen ini sangat menentukan arah dari strategi pemasaran perusahaan. strategi tersebut merupakan rencana jangka panjang yang digunakan sebagai pedoman bagi kegiatan-kegiatan personalia pemasaran.

Bauran pemasaran merupakan suatu perangkat yang akan menentukan tingkat keberhasilan pemasaran bagi perusahaan, dan semua ini di tunjukan untuk memberikan kepuasan kepada segmen pasar atau konsumen yang dipilih. Pada hakekatnya bauran pemasaran (*marketing mix*) adalah mengelola unsur-unsur *marketing mix* supaya dapat mempengaruhi keputusan pembelian konsumen dengan tujuan dapat menghasilkan dan menjual produk dan jasa yang dapat memberikan kepuasan pada pelanggan dan konsumen.

Kotler (2008:18) mendefinisikan bauran pemasaran adalah :

Seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai tujuan pemasaran di dalam pasar sasaran. bauran pemasaran merupakan variabel-variabel terkendali yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi konsumen dari segmen pasar tertentu yang dituju perusahaan.

Mc Carthy (Kotler, 2000:18) mempopulerkan sebuah klasifikasi empat unsur dari alat-alat bauran pemasaran yang dikenal dengan empat P (four PS) yaitu produk (*product*), harga (*price*), tempat/distribusi (*place*), promosi (*promotion*). Perusahaan perlu mendesain program agar produk mendapat respon dari pasar sasaran. Karena itu perlu alat supaya program tersebut mencapai sasaran. Alat disini adalah program yang bisa dikontrol oleh perusahaan. Alat tersebut lazim disebut bauran pemasaran (*marketing mix*).

Marketing Mix adalah kombinasi dari 4 atau lebih variabel atau kegiatan yang merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu dikombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi, perusahaan/organisasi tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinir berbagai macam elemen dari *marketing mix* tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

Menurut Tjandra (2003:170) Marketing Mix terdiri dari 4 P, dalam bidang perumahsakitian dikenal P yang ke-5.

1. P yang pertama adalah *product*= barang atau jasa yang ditawarkan di pasar untuk dikonsumsi oleh konsumen.
2. P yang kedua adalah *price*= bukan semata-mata untuk menutupi biaya produksi dan mendapatkan keuntungan, tetapi yang lebih penting akan menunjukkan persepsi konsumen terhadap produk tersebut
3. P yang ketiga adalah *place*= yang secara umum berarti distribusi yang merupakan upaya agar produk yang ditawarkan dapat berada pada tempat dan waktu yang sesuai dengan kebutuhan konsumen. Dalam rumah sakit, variabel ini dapat diartikan sebagai tempat layanan kesehatan yang diberikan, berikut perasaan kenyamanan, keamanan, dan keramahan yang dirasakan konsumen.
4. P yang keempat adalah *promosi*= yang dapat berupa *communication mix* berupa kegiatan penyampaian pesan-pesan perusahaan/produsen kepada konsumen.
5. P yang kelima adalah *people* = *people* dapat dibagi 2 yaitu: pemberi jasa yang bersikap *job oriented* dan *costumer oriented* serta pengguna jasa yang dapat dikelompokkan berdasarkan geografis, demografis, psikografis serta behavioristik.

Menurut Rowland & Rowland (1984), mengemukakan bahwa pengertian Product adalah jenis pelayanan yang diberikan, baik dalam bentuk preventif, diagnostik, terapeutik dan lain-lain. Pelayanan ini harus dilihat dari kacamata konsumen, artinya apa yang dapat diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri, menyembuhkan penyakit, memperpanjang masa hidup, mengurangi kecacatan, dsb. Pengertian *price* tidak hanya berupa tarif untuk satu jenis pemeriksaan/tindakan, tetapi keseluruhan biaya yang harus dikeluarkan pasien untuk mendapat pelayanan di rumah sakit. Dalam catatan Zeithamil (1998), bahwa penetapan harga yang berorientasi pada pelanggan dimaksudkan adalah nilai produk yang dipersepsikan/dirasakan (*perceived value*) oleh pelanggan baik manfaat ekonomis dan fungsional (produk industri) maupun manfaat psikologis (produk konsumen).

Pengertian *place* di rumah sakit meliputi tempat pelayanan, waktu yang dihabiskan, konsep rujukan, dan lain-lain. Lokasi fasilitas seringkali menentukan kesuksesan suatu jasa, karena lokasi erat kaitannya dengan pasar potensial suatu perusahaan. Misalnya rumah sakit

umumnya menempati daerah yang cukup luas dan berlokasi dekat daerah yang padat penduduknya, karena rumah sakit bertujuan untuk melayani masyarakat umum secara luas.

Pemilihan tempat dan lokasi memerlukan pertimbangan yang cermat terhadap beberapa faktor berikut:

1. Akses, misalnya lokasi yang dilalui atau mudah dijangkau sarana transportasi umum
2. Visibilitas, misalnya lokasi yang dapat dilihat dengan jelas dari tepi jalan
3. Tempat parkir yang aman dan luas
4. Ekspansi, yaitu tersedia tempat yang cukup luas untuk perluasan usaha dikemudian hari
5. Lingkungan, yaitu daerah sekitar yang mendukung jasa yang ditawarkan.
6. Persaingan, yaitu lokasi pesaing.
7. Peraturan pemerintah

Menurut Rambat, dkk (2006:70), desain dan tata letak fasilitas jasa, keadaan (setting) dan lingkungan tempat penyampaian jasa merupakan aspek yang tidak kalah pentingnya dan tidak boleh dilupakan dalam desain jasa. Persepsi pelanggan terhadap suatu jasa dapat dipengaruhi oleh atmosfer (suasana) yang dibentuk oleh eksterior dan interior fasilitas tempat tersebut. Adapun unsur-unsur yang perlu diperhatikan adalah perencanaan ruangan, perlengkapan/perabotan, tata cahaya dan warna.

Menurut Boy S. Sabarguna (2004:1), Sementara itu konsep promosi di rumah sakit adalah bagaimana pasien tahu tentang jenis pelayanan yang ada di rumah sakit, bagaimana mereka termotivasi untuk menggunakan, lalu menggunakan secara berkesinambungan dan menyebarkan informasi itu kepada rekan-rekannya. Promosi merupakan proses mengkomunikasikan variabel bauran pemasaran yang sangat penting dilaksanakan oleh perusahaan dalam memasarkan produk. Inti dari kegiatan promosi adalah suatu bentuk kegiatan komunikasi pemasaran yang berusaha untuk menyebarkan informasi, mempengaruhi, mengingatkan pasar sasaran agar bersedia menerima, membeli, dan loyal produk yang ditawarkan oleh perusahaan.

Promosi atau pemasaran di rumah sakit masih dianggap sebagai sesuatu yang wajar. Tetapi dalam melakukan, ada hal-hal yang harus diperhatikan:

1. Tidak boleh meremehkan atau menjelek-jelekkan rumah sakit lain.
2. Memberikan informasi yang jujur dan tidak berlebih-lebihan.
3. Tidak menjanjikan sesuatu yang tidak mungkin diberikan.
4. Memberikan kesempatan kepada pasien atau calon pasien untuk bertanya dan dijawab

dengan sejujur-jujurnya.

5. Menghormati hak pasien untuk memilih rumah sakit manapun juga.

Perbedaan antara pemasaran sektor komersial dan promosi dalam pemasaran marketing menjadi sangat jelas ketika kita mempertimbangkan promosi dari produk atau pelayanan. Sebagai contoh, pengetahuan tentang perilaku dibatasi aturan oleh etik profesional untuk mempromosikan program mereka dengan cara se jelas mungkin.

Suksesnya program pemasaran, terutama tergantung pada derajat perpaduan antara lingkungan eksternal dan kemampuan internal organisasi. Dengan demikian program pemasaran sebagai suatu Produsen dan Konsumen Pemasaran di Rumah Sakit Strategi Etika Tugas Semua Orang Marketing Mix Terorganisasi Baik *Product, Price Place, Promotion, People* proses memadukan (*matching process*) dan khususnya penting didalam konteks pelayanan.

Marketing mix merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu di kombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi perusahaan tidak hanya

sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinasi berbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

E. Citra Perusahaan

Menurut Kotler (2007: 338) citra adalah cara masyarakat mempersepsikan (memikirkan) perusahaan atau produknya. Citra perusahaan adalah citra dari suatu organisasi secara keseluruhan, bukan sekedar citra atas produk ataupun layanannya. Menurut Lawrence L. Steinmetz dalam Siswanto Sutojo (2004:1) citra perusahaan dapat diartikan persepsi masyarakat terhadap jati diri perusahaan.

Elvirano (2004:120) citra perusahaan adalah:

Citra yang berkaitan dengan sosok perusahaan sebagai tujuan utamanya. bagaimana citra perusahaan yang positif lebih dikenal serta diterima publiknya, mungkin tentang sejarah, kualitas, pelayanan prima, keberhasilan dalam bidang pemasarannya dan hingga berkaitan dengan tanggung jawab sosialnya.

Citra perusahaan secara lebih khusus sebagai kesan, perasaan, dan konsep yang diberikan masyarakat kepada perusahaan, yang dapat pula mereka ciptakan kepada objek lain, seseorang, ataupun suatu organisasi tertentu. dapat disimpulkan bahwa citra perusahaan adalah persepsi masyarakat terhadap suatu perusahaan secara keseluruhan.

1. Unsur Citra Perusahaan

Shirley Harison dalam bukunya *Marketers Guide to Public relations* , membagi empat unsur dalam citra perusahaan, diantaranya ;

- a. *Personality*, keseluruhan karakteristik perusahaan yang dipahami oleh lingkungan luar perusahaan. unsur yang pertama dalam citra ini akan memberikan gambaran umum perusahaan secara keseluruhan, seperti perusahaan yang terpercaya, atau perusahaan yang bertanggung jawab sosial.
- b. *Reputation*, keyakinan publik terhadap perusahaan berdasar pengalaman pribadi atau orang lain atas output yang dihasilkan perusahaan.
- c. *Value/Ethics*, nilai-nilai dan filosofi yang dianut perusahaan, termasuk didalamnya kebijakan internal dan interaksi eksternal dengan pihak luar yang berhubungan dengan perusahaan.
- d. *Corporate Identity*, identitas dalam nama, simbol, logo, warna dan ritual untuk memunculkan perusahaan, merek, dan kepentingan perusahaan. James R.

Gregory dalam buku Siswanto (2004:14) menyatakan identitas perusahaan terdiri dari dua elemen pokok yaitu nama dan logo perusahaan. Suatu identitas perusahaan diharapkan efektif apabila perusahaan dan *design consultant* yang membantu merencanakan desain identitas memperhatikan hal- hal berikut :

- a. Identitas singkat tapi jelas, tidak membingungkan, tidak asal, orisinal, dan tidak mudah dilupakan.
- b. Membawa arti tertentu.
- c. Logo dapat digunakan secara fleksibel.
- d. Tidak cepat membosankan.

Faktor penunjang keberhasilan membangun citra perusahaan menurut Siswanto Sutojo (2004: 39) keberhasilan perusahaan membangun citra dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Dari sekian banyak faktor tersebut, lima diantaranya sangat berpengaruh besar dalam pembentukan citra perusahaan. kelima faktor tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Citra dibangun berdasarkan orientasi terhadap manfaat yang dibutuhkan dan diinginkan

kelompok sasaran. perusahaan boleh saja membangun citra tentang produk mereka. betapapun indahnya kemasan yang mereka gunakan untuk membangun citra yang diinginkan, namun apabila sasaran tidak melihat manfaat apa yang mereka peroleh, sulit diharapkan mereka tertarik pada citra perusahaan. manfaat yang ditonjolkan cukup realistis.

b. Citra yang ditunjukkan kepada kelompok sasaran hendaknya realistis sehingga mudah dipercaya. kelompok sasaran cenderung bersikap sinis atau negatif terhadap penonjolan citra perusahaan yang tidak realistis.

c. Citra yang ditonjolkan tepat. manfaat yang dibutuhkan dan diinginkan segmen- segmen kelompok sasaran dari perusahaan atau produk umumnya beraneka

warna, idealnya perusahaan yang ingin menarik beberapa segmen sekaligus menonjolkan lebih dari satu jenis citra. setiap perusahaan hendaknya memilih citra yang tepat.

d. Citra yang ditonjolkan mudah dimengerti kelompok sasaran. kelompok sasaran tidak mempunyai banyak waktu untuk memahami bermacam-macam citra yang ditonjolkan oleh banyak perusahaan. oleh karena itu setiap perusahaan yang ingin menonjolkan citranya wajib berusaha agar citra itu mudah dipahami kelompok sasaran mereka.

e. Citra yang ditonjolkan merupakan sarana, bukan tujuan usaha. faktor penting lain yang wajib disadari para pengusaha adalah citra perusahaan atau produk yang mereka bangun itu adalah sarana untuk membangun usaha, bukan tujuan usaha itu sendiri.

2. Manfaat Citra Yang Baik

Menurut Siswanto (2004: 3) citra yang baik membawa banyak manfaat yang bernilai bagi perusahaan, di antaranya adalah :

a. Daya saing jangka menengah dan panjang yang mantap. citra perusahaan yang baik dan kuat akan tumbuh menjadi kepribadian perusahaan yang tidak mudah ditiru oleh perusahaan lain. citra baik perusahaan dapat menjadi tembok pembatas bagi perusahaan saingan yang ingin memasuki segmen pasar dilayani perusahaan tersebut. apabila dikelola secara efektif citra juga dapat melindungi perusahaan dari serangan perusahaan baru. citra juga dapat melindungi perusahaan dari pesaing lama yang memasarkan barang tau jasa baru.

b. Menjadi perisai selama masa krisis. walau dikelola dengan manajemen yang handal

sekalipun, tidak selamanya operasi bisnis perusahaan berjalan mulus. Ada kalanya bagi perusahaan untuk menghadapi masa krisis akibat beberapa kesalahan. perusahaan dengan citra yang baik, sebagian masyarakat akan memaafkan kelalaian atau kesalahan tersebut karena seperti halnya seorang manusia, tidak selamanya dalam kegiatan operasionalnya perusahaan berada dalam kondisi yang sempurna.

- c. Menjadi daya tarik eksekutif handal. eksekutif handal merupakan salah satu aset berharga bagi perusahaan. mereka adalah para pelaku yang membuat perusahaan dapat mencapai tujuan jangka pendek dan menengah dapat tercapai. Sebuah perusahaan dengan citra yang buruk tidak akan mudah merekrut dan mempertahankan eksekutif yang handal.
- d. Meningkatkan efektifitas strategi pemasaran.harapan perusahaan dengan citra yang baik untuk berhasil menerjunkan produk atau merek baru dipasar, jauh lebih besar dibandingkan perusahaan yang belum banyak dikenal dimasyarakat.
- e. Penghematan biaya operasional.salah satu contoh mudah dalam penghematan biaya operasional yaitu ketika pihak perusahaan mencoba mempromosikan produk mereka kepasar, perusahaan dengan citra baik membutuhkan usaha dan biaya yang sedikit dibandingkan dengan perusahaan baru yang belum dikenal konsumen.

Jadi, citra yang baik membawa banyak manfaat bagi perusahaan yakni menjadi daya saing jangka menengah dan panjang yang mantap, menjadi perisai selama masa krisis, menjadi daya tarik eksekutif handal, meningkatkan efektifitas strategi pemasaran, dan penghematan biaya operasional.

3. Membangun Citra PPK Melalui Program *Corporate Social Responsibility* (CSR)

Dalam *News Of Perhumas* (2004) disebutkan bagi suatu perusahaan, reputasi dan citra korporat merupakan aset yang paling utama dan tak ternilai harganya. oleh karena itu segala upaya, daya dan biaya digunakan untuk memupuk, merawat serta menumbuh kembangkannya. beberapa aspek yang merupakan unsur pembentuk citra & reputasi perusahaan antara lain; (1) kemampuan finansial, (2) mutu produk dan pelayanan, (3) fokus pada pelanggan, (4) keunggulan dan kepekaan SDM, (5) reliability, (6) inovasi, (7) tanggung jawab lingkungan, (8) tanggung jawab sosial, dan (9) penegakan *Good Corporate Governance* (GCG).

Program CSR masuk dalam aspek tanggung jawab lingkungan dan tanggung jawab sosial. berdasarkan sifatnya, pelaksanaan program CSR dapat dibagi dua, yaitu :

1. Program pengembangan masyarakat (*Community Development*); dan
2. Program pengembangan hubungan/relasi dengan publik (*Relations Development*)

Kotler dan Keller (2007:25) memberikan penekanan terhadap konsep pemasaran bertanggung jawab sosial bahwa suatu organisasi adalah menetapkan kebutuhan, keinginan dan kepentingan pasar sasaran dan menyerahkan kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien ketimbang pesaing dengan cara memelihara atau meningkatkan kesejahteraan konsumen dan masyarakat.

Kotler dan Keller (2007:27) memberikan penjelasan *Corporate Social Initiatives* sebagai garis besar pelaksanaan pemasaran yang bertanggung jawab sosial. *Corporate Social Initiatives* sebagai aktifitas utama perusahaan untuk mendukung program sosialnya dan untuk mendukung komitmen *Corporate Social Responsibility*.

Konsep pemasaran bertanggung jawab sosial dinilai sejalan dengan konsep *Corporate Social Responsibility*, yang berisikan kegiatan-kegiatan sosial yang dilakukan perusahaan sebagai bentuk tanggung jawab perusahaan. bahkan banyak terminologi yang dipertukarkan dengan konsep *Corporate Social Responsibility* sebut saja *social investing*, *corporate responsibility*, *corporate citizenship* dan masih banyak lainnya. tapi semuanya menuju satu muara yaitu untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan (*sustainability development*). untuk mencapai tujuan ini *Corporate Social Responsibility* perusahaan haruslah merupakan upaya untuk meminimumkan dampak negatif dan untuk memaksimalkan dampak positif baik bagi masyarakat (sosial) maupun lingkungan.

Berdasar pada *Trinidad and Tobacco Bureau of Standards (TTBS)*, *Corporate Social Responsibility* diartikan sebagai komitmen usaha untuk bertindak etis, beroperasi secara legal dan berkontribusi untuk peningkatan ekonomi bersamaan dengan peningkatan kualitas hidup dari karyawan dan keluarganya, komuniti lokal dan masyarakat secara lebih luas. (Budimanta, 2004:72).

World Business Council for Sustainable Development mendefinisikan *Corporate Social Responsibility* sebagai komitmen berkelanjutan kalangan bisnis untuk berperilaku etis dan memberikan sumbangan pada pembangunan ekonomi sekaligus memperbaiki mutu hidup angkatan kerja dan keluarganya serta komunitas lokal dan masyarakat secara keseluruhan (Iriantara, “*Manajemen Strategis Public relations*”, 2004: 49)

CSR Forum mendefinisikan *Corporate Social Responsibility* sebagai: bisnis yang dilakukan secara transparan dan terbuka serta berdasarkan pada nilai-nilai moral dan menjunjung tinggi rasa hormat kepada karyawan, komunitas dan lingkungan (Wibisono, 2007:8). *Corporate Social Responsibility* memiliki kemampuan untuk meningkatkan citra perusahaan karena jika perusahaan menjalankan tata kelola bisnisnya dengan baik dan mengikuti peraturan yang telah ditetapkan oleh pemerintah maka pemerintah dan masyarakat akan memberikan keleluasaan bagi perusahaan tersebut untuk beroperasi di wilayah mereka.

Citra positif ini akan menjadi asset yang sangat berharga bagi perusahaan dalam menjaga keberlangsungan hidupnya saat mengalami krisis. (Kotler & Nancy, 2005). melihat pentingnya pelaksanaan *Corporate Social Responsibility* dalam

membantu perusahaan menciptakan citra positifnya maka perusahaan seharusnya melihat *Corporate Social Responsibility* bukan sebagai sentra biaya (*cost center*) melainkan sebagai sentra laba (*profit center*) di masa mendatang. logikanya sederhana, jika *Corporate Social Responsibility* diabaikan kemudian terjadi insiden. maka biaya yang dikeluarkan untuk biaya *recovery* bisa jadi lebih besar dibandingkan biaya yang ingin dihemat melalui peniadaan *Corporate Social Responsibility* itu sendiri. hal ini belum termasuk pada resiko non-finansial yang berupa memburuknya citra perusahaan di mata publiknya (Wibisono: 2007). Berdasarkan definisi-definisi yang ada, penulis menyimpulkan; *Corporate Social Responsibility* adalah komitmen perusahaan untuk memberikan kontribusi jangka panjang terhadap satu issue tertentu di masyarakat atau lingkungan untuk dapat menciptakan lingkungan yang lebih baik. kontribusi dari perusahaan ini bisa berupa banyak hal, misalnya : bantuan dana, bantuan tenaga ahli dari perusahaan, bantuan berupa barang, dan lainnya.

Konsep *Corporate Social Responsibility* diukur dengan menggunakan lima pilar aktivitas *Corporate Social Responsibility* dari *Prince of Wales International Business Forum* (Wibisono, 2007: 119) yaitu :

1. *Building Human Capital*

Secara internal, perusahaan dituntut untuk menciptakan SDM yang handal. Secara eksternal, perusahaan dituntut untuk melakukan pemberdayaan masyarakat, biasanya melalui *community development*.

2. *Strengthening Economies*

Perusahaan dituntut untuk tidak menjadi kaya sendiri sementara komunitas di lingkungannya miskin, mereka harus memberdayakan ekonomi sekitar.

3. *Assessing Social Chesion*

Perusahaan dituntut untuk menjaga keharmonisan dengan masyarakat sekitarnya agar tidak menimbulkan konflik.

4. *Encouraging Good Governence*

Dalam menjalankan bisnisnya, perusahaan harus menjalankan tata kelola bisnis dengan baik.

5. *Protecting The Environment*

Perusahaan berupaya keras menjaga kelestarian lingkungan.

Kotler dalam buku “*Corporate Social Responsibility : Doing The Most Good for Your Company*” (2005) menyebutkan beberapa bentuk program *Corporate Social Responsibility* yang dapat dipilih, yaitu :

1. *Cause Promotions*

Dalam *cause promotions* ini perusahaan berusaha untuk meningkatkan awareness masyarakat mengenai suatu issue tertentu, dimana issue ini tidak harus berhubungan atau berkaitan dengan lini bisnis perusahaan, dan kemudian perusahaan mengajak masyarakat untuk menyumbangkan waktu, dana atau benda mereka untuk membantu mengatasi atau mencegah permasalahan tersebut. dalam *cause promotions* ini, perusahaan bisa melaksanakan programnya secara sendiri ataupun bekerjasama dengan lembaga lain, misalnya

: *non government organization*. *Cause Promotions* dapat dilakukan dalam bentuk : meningkatkan *awareness* dan *concern* masyarakat terhadap satu issue tertentu.

2. *Cause-Related Marketing*

Dalam *cause related marketing*, perusahaan akan mengajak masyarakat untuk membeli atau menggunakan produk nya, baik itu barang atau jasa, dimana sebagian dari keuntungan yang didapat perusahaan akan didonasikan untuk membantu mengatasi atau mencegah masalah tertentu. *Cause related marketing* dapat berupa : Setiap barang yang terjual, maka sekian persen akan didonasikan. Setiap pembukaan rekening atau *account* baru, maka beberapa rupiah akan didonasikan.

3. *Corporate Social Marketing*

Corporate social marketing ini dilakukan perusahaan dengan tujuan untuk mengubah perilaku masyarakat (behavioral changes) dalam suatu issue tertentu. biasanya *corporate social marketing*, berfokus pada bidang-bidang di bawah ini, yaitu : bidang kesehatan (health issues), misalnya : mengurangi kebiasaan merokok, HIV/AIDS, kanker, eating disorders, dll. bidang keselamatan (injury prevention issues), misalnya : keselamatan berkendara, pengurangan peredaran

senjata api, dll. bidang lingkungan hidup (*environmental issues*), misalnya : konservasi air, polusi, pengurangan penggunaan pestisida. bidang masyarakat (*community involvement issues*), misalnya : memberikan suara dalam pemilu, menyumbangkan darah, perlindungan hak-hak binatang, dan sebagainya.

4. *Corporate Philanthropy*

Corporate philanthropy mungkin merupakan bentuk *Corporate Social Responsibility* yang paling tua. *Corporate philanthropy* ini dilakukan oleh perusahaan dengan memberikan kontribusi/sumbangan secara langsung dalam bentuk dana, jasa atau alat kepada pihak yang membutuhkan baik itu lembaga, perorangan ataupun kelompok tertentu. *Corporate philanthropy* dapat dilakukan dengan menyumbang uang secara langsung, misalnya: memberikan beasiswa kepada anak-anak yang tidak mampu, dll. memberikan barang/produk, misalnya: memberikan bantuan peralatan tulis untuk anak-anak yang belajar di sekolah-sekolah terbuka, dll. Memberikan jasa, misalnya: memberikan bantuan imunisasi kepada anak-anak di daerah terpencil, dll.

5. *Corporate Volunteering*

Community Volunteering adalah bentuk *Corporate Social Responsibility* di mana perusahaan mendorong atau mengajak karyawannya ikut terlibat dalam program *Corporate Social Responsibility* yang sedang dijalankan dengan jalan mengkontribusikan waktu dan tenaganya. beberapa bentuk *community volunteering*, yaitu : perusahaan mengorganisir karyawannya untuk ikut berpartisipasi dalam program *Corporate Social Responsibility* yang sedang dijalankan oleh perusahaan, misalnya sebagai staff pengajar, dan lain-lain. perusahaan memberikan dukungan dan informasi kepada karyawannya untuk ikut serta dalam program-program *Corporate Social Responsibility* yang

sedang dijalankan oleh lembaga-lembaga lain, dimana program-program *Corporate Social Responsibility* tersebut disesuaikan dengan bakat dan minat karyawan. memberikan kesempatan (waktu) bagi karyawan untuk mengikuti kegiatan *Corporate Social Responsibility* pada jam kerja, dimana karyawan tersebut tetap mendapatkan gajinya. memberikan bantuan dana ke tempat-tempat dimana karyawan terlibat dalam program *Corporate Social Responsibility* nya. banyaknya dana yang disumbangkan tergantung pada

banyaknya jam yang dihabiskan karyawan untuk mengikuti program *Corporate Social Responsibility* di tempat tersebut. *Socially Responsible Business* dalam *Socially responsible business*, perusahaan melakukan perubahan terhadap salah satu atau keseluruhan sistem kerjanya agar dapat mengurangi dampak buruk terhadap lingkungan dan masyarakat. *Socially responsible business*, dapat dilakukan dalam bentuk : memperbaiki proses produksi, misalnya : melakukan penyaringan terhadap limbah sebelum dibuang ke alam bebas, menggunakan pembungkus yang dapat didaur ulang (ramah lingkungan).

D. Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan Teori MPR dalam Pemasaran PPK ?
2. Sebutkan alasannya mengapa bisa terjadi dalam perkembangan pemasaran dalam kesehatan ?

E. Kunci Jawaban

1. Menurut Harrison (2008: 416) *Healthcare Marketing* adalah:

Healthcare Marketing is the process of planning and executing the conception, pricing, promotion and distribution of ideas, goods, services, organisations and events to create exchanges that satisfy individual and organisational objectives.

definisi di atas dapat diterjemahkan sebagai berikut, pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi dan distribusi dari ide, barang, jasa, organisasi dan kegiatan untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan tujuan individu dan organisasi.

2. *Marketing Public Relation* pada prinsipnya adalah merupakan suatu kegiatan yang terencana dan suatu usaha yang terus menerus untuk dapat memantapkan dan mengembangkan itikad baik (*good will*) dan pengertian yang timbal balik (*mutual understanding*) antara suatu organisasi dengan masyarakat. *Marketing public relations* (MPR) penekanannya bukan pada selling (seperti pada kegiatan periklanan), namun peran pemberian informasi, pendidikan dan upaya peningkatan pengertian lewat penambahan pengetahuan mengenai suatu produk/jasa/perusahaan akan lebih kuat dampaknya dan agar lebih lama diingat oleh konsumen, maka MPR merupakan suatu konsep yang lebih tinggi dan

lengkap dari iklan yang biasa. Menurut Kotler dan Keller (2008:277), *Marketing Public relations* jauh melampauinya hanya sekedar pemberitaan sederhana dan memegang peran penting dalam pelayanan Kesehatan dan aktifitasnya.

F. Daftar Pustaka

1. Hartono, B (2010), *Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit*, Jakarta : PT. Rineka Cipta
2. Kotler P, Shalowitz J., Stevens R.J. (2008), *Strategic Marketing for Health Care Organizations*, First Edition, Jossey Bass : A Wiley Imprint
3. Kotler, P and Keller, K.L. (2009), *Marketing Management*, Thirteen Edition, New Jersey : Pearson Prentice-Hall
4. Zeithaml Valarie A., Bitner Mary Jo. (2018), *Service Marketing Integrating Customer Focus*, 6th Edition, The McGraw-Hill
5. Fitzsimmons & Fitzsimon (2011), *Journals*

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 02
PENGANTAR PEMASARAN KESEHATAN**

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)
email: erlina.puspitaloka@esaunggul.ac.id

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2023

G. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dasar Marketing Public Relations (MPR) dalam Kesehatan
2. Menguraikan konsep dasar Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami implementasi teori MPR di Pelayanan Kesehatan di PPK dengan benar

H. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- d. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- e. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- f. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. Topik Perkuliahan : Pengantar Pemasaran di Kesehatan

I. Uraian : Pengantar Pemasaran Kesehatan

Dalam lingkungan global yang semakin ketat dengan masuknya layanan yang inovatif dipasaran, dimana sisi dan kondisi pasar yang jenuh untuk layanan-layanan yang monoton dan di sisi lain, Pengolah loyalitas pasien dan retensi menjadi tantangan manajerial Puskesmas. Fungsi layanan kepada masyarakat terkait dengan peran pemerintah sebagai bentuk dalam pemenuhan kepentingan masyarakat didalam persaingan global.

Penentuan strategi pemasaran merupakan pokok perumusan strategi pemasaran adalah pemilihan strategi pasar sasaran produk pada tiap unit bisnis, penetapan tujuan pemasaran dan pengembangan, pelaksana serta pengolahan strategi untuk memenuhi keinginan

konsumen pasar sasaran (Porter, 2004). Analisis situasi mengidentifikasi peluang dan ancaman dalam bisnis serta kekuatan kelemahan organisasi. Semua informasi yang diperoleh memiliki peran penting dalam desain strategi pemasaran, termasuk analisis penentuan sasaran pasar dan pengembangan serta penentuan posisi produk baru di pasar. (Porter, 2004).

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan merupakan hak asasi dan sekaligus merupakan investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Semua warga negara berhak atas kesehatannya karena dilindungi oleh konstitusi seperti yang tercantum dalam UUD 1945 Pasal 27 ayat kedua dimana tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Manajemen adalah sebuah proses dalam rangka untuk mencapai suatu tujuan organisasi dengan cara bekerja secara bersama-sama.

Manajemen adalah seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (Mary Parker Follet). Ini berarti seorang manajer bertugas mengatur dan mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. George R. Terry mengatakan bahwa definisi manajemen adalah ilmu sekaligus seni, manajemen adalah wadah di dalam ilmu pengetahuan sehingga manajemen bisa dibuktikan secara umum kebenarannya.

Ada beberapa proses dan fungsi yang biasa diimplementasikan dalam kegiatan manajemen yaitu: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian.

1. **Manajemen Pemasaran**

Manajemen pemasaran merupakan hal yang harus dipelajari dalam berbisnis, Berbagai upaya yang dilakukan dalam pemasaran harus dilakukan dikarenakan tingginya persaingan karena makin banyak *competitor* (pesaing) dari waktu ke waktu.

Persaingan yang semakin ketat membuat aktifitas pemasaran barang atau jasa menjadi hal yang lebih penting dibandingkan peningkatan skala produksi. Aktivitas pemasaran

mempunyai nilai yang positif baik ditelaah dari sisi produsen ataupun dari sudut pandang konsumen.

2. **Pemasaran**

Pemasaran adalah keseluruhan dari suatu sistem kegiatan-kegiatan usaha yang ditujukan untuk merencanakan, menentukan harga, mempromosikan, dan mendistribusikan barang dan jasa yang dapat memuaskan kebutuhan baik kepada pembeli yang ada maupun pembeli potensial.

Pemasaran merupakan salah satu kegiatan pokok yang dilakukan organisasi dalam rangka mencapai tujuan yaitu mempertahankan kelangsungan hidup untuk berkembang, dan mendapatkan laba. Pemasaran juga merupakan faktor penting dalam memenuhi kebutuhan konsumen. Pemasaran merupakan hal yang sangat penting bagi keberhasilan suatu organisasi.

3. **Konsep Pemasaran**

Terdapat falsafah dalam pemasaran yang disebut sebagai konsep pemasaran.

Basu Swastha dan Hani Handoko (2000) mendefinisikan konsep pemasaran sebagai berikut:

“Konsep pemasaran adalah sebuah falsafah bisnis yang menyatakan bahwa pemuasan kebutuhan konsumen merupakan syarat ekonomi dan sosial bagi kelangsungan hidup perusahaan”.

Professor Theodore Levitt dari Harvard (Kotler, 1997) membuat pembedaan secara jelas antara konsep menjual dan pemasaran yaitu :

- Konsep menjual / penjualan: memusatkan perhatian pada kebutuhan penjual, mementingkan kebutuhan penjual untuk mengubah produknya menjadi uang tunai
- Konsep pemasaran : memusatkan perhatian pada kebutuhan pembeli. Mengutamakan gagasan untuk memuaskan kebutuhan pelanggan melalui produk dan segala sesuatu yang berkaitan dengan penciptaan, pengiriman dan pengkonsumsian produk.

4. **Strategi Pemasaran**

Pengertian strategi pemasaran (*marketing strategy*) menurut Armstrong dan Kotler (2000), Strategi pemasaran adalah logika pemasaran yang digunakan oleh perusahaan dengan harapan agar unit bisnis dapat mencapai tujuan perusahaan. “*the marketing logic by which the business unit hopes to achieve its marketing objective*”.

5. **Strategi Bersaing**

Strategi bersaing mempunyai tujuan menegakkan posisi yang menguntungkan, (M. Porter). Strategi bersaing generik adalah pendekatan yang dilakukan untuk mengungguli pesaing–pesaingnya dalam industri, dimana dalam struktur industri tertentu berarti perusahaan dapat memperoleh tingkat pengembalian yang tinggi sementara di lain pihak keberhasilan dalam salah satu dari strategi generik perlu dilakukan peningkatan untuk memperoleh penerimaan yang layak dalam situasi tertentu, (M. Porter)

6. **Tujuan Pemasaran**

Tujuan pemasaran atau *marketing objective*, adalah apa yang akan dicapai oleh perusahaan melalui bagian pemasaran :

1. titik awalnya adalah konsumen target
2. fokusnya adalah kebutuhan konsumen
3. sasarannya adalah laba melalui kepuasan konsumen
4. caranya melalui paduan antara promosi dan komunikasi pemasaran komunikasi pemasaran terpadu

Kepuasan konsumen akan tercapai apabila perusahaan mampu untuk menyediakan *consumer value package*, yang berupa :

1. produk : berkualitas dan memenuhi kebutuhan konsumen
2. harga : dapat terjangkau oleh konsumen target
3. pelayanan : kepada konsumen memuaskan
4. Citra produk : baik dari sudut pandang konsumen

Apabila kepuasan konsumen tersebut terpenuhi, maka hasil penjualan produknya akan meningkat, dan akhirnya tujuan pemasaran dapat tercapai, yaitu perolehan laba. Sebaliknya, apabila perusahaan melalaikan kebutuhan konsumen dan hanya berfikir dari sudut pandang produsen saja, kemungkinan hasil penjualan produknya akan menurun, sehingga laba yang diperoleh minim, bahkan dapat terjadi adanya kerugian.

7. **Biaya Pemasaran**

Biaya pemasaran adalah biaya yang dikeluarkan untuk menjual produk sampai ke tangan konsumen.

Dalam arti luas biaya pemasaran meliputi semua biaya yang terjadi sejak saat produk selesai diproduksi dan disimpan dalam gudang sampai dengan produk tersebut diubah kembali dalam bentuk uang tunai.

8. **Bauran Pemasaran (*Marketing mix*)**

Salah satu elemen dalam strategi pemasaran terpadu adalah Bauran Pemasaran, yang merupakan strategi yang dijalankan, yang berkaitan dengan penentuan bagaimana perusahaan menyajikan penawaran produk pada satu segmen pasar tertentu yang merupakan sasaran pasarnya.

Marketing mix merupakan kombinasi variabel atau kegiatan yang merupakan inti dari sistem pemasaran.

Variabel atau kegiatan tersebut perlu dikombinasikan dan dikoordinasikan oleh perusahaan seefektif mungkin, dalam melakukan kegiatan pemasarannya.

Untuk usaha jasa terdapat 7 unsur marketing mix (*Marketing Mix-7p*) yaitu: Produk, Price, Promotion, Place, Partisipant, Proses, Dan Physical Evidence.

Marketing mix yang dijalankan harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi perusahaan.

9. **Manajemen Strategis**

Manajemen strategis dapat didefinisikan sebagai seni dan ilmu dalam memformulasikan, mengimplementasikan dan mengevaluasi keputusan lintas fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 1997).

Manajemen strategis adalah suatu cara untuk mengendalikan organisasi secara efektif dan efisien, sampai pada implementasi garis terdepan sampai sasaran dan tujuannya tercapai. Donnelly (1984) menegaskan bahwa manajemen strategis mencakup dua hal, yaitu perencanaan strategis dan implementasi strategis. Sedangkan David (1989) menegaskan bahwa manajemen strategis terdiri dari tiga tahap, yaitu tahap perumusan strategis, tahap implementasi strategis, dan tahap evaluasi strategis.

10. Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis adalah proses yang dilakukansuatu organisasi untukmenentukan strategi atau arahan, serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumberdayanya (termasuk modal dan sumber daya manusia) untuk mencapai strategi ini. Berbagai teknik analisis bisnis dapat digunakan dalam proses ini, termasuk Analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, threats*), PEST (*Political, Economic, Social, Technological*), atau STEER (*Socio-cultural, Tech nological, Economic, Ecological, Regulatory*),

Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) adalah instrument kepemimpinan dan suatu proses.

Pelayanan Kesehatan

Syarat pokok pelayanan kesehatan Menurut Azwar (1996) adalah :

Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat. Dapat diterima dan wajar. Pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima

(*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.

Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

Mudah dijangkau

Mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut jarak dan biaya. Untuk mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

Bermutu

Bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

12.Pemasaran Jasa

Jasa berbeda dari produk fisik dalam beberapa hal. Jasa tidak bisa dilihat, dicicipi, dirasa, didengar atau dicium sebelum membeli. Ia tidak dapat ditempatkan di dalam daftar persediaan, jasa digunakan pada waktu dihasilkan. Seringkali terdapat variasi dalam pemberian jasa. Jasa sering dihubungkan dengan orang yang menghasilkan jasa tersebut, Kotler, Armstrongs (2009).

Kotler (2009) mendefinisikan jasa adalah setiap tindakan atau kinerja yang dapat ditawarkan satu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan sesuatu.

13. **Karakteristik Jasa**

Jasa memiliki empat karakteristik utama yang sangat mempengaruhi desain program pemasaran menurut Kotler (2009: 112) adalah sebagai berikut :

- Tidakberwujud (*intangibility*) yaitu jasa tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, didengar atau dicium sebelum Untuk mengurangi ketidakpastian, pembeli akan mencari bukti mutu jasa tersebut.
- Tidak terpisahkan (*inseparability*) yaitu jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan .Jasa tidak dapat dipisahkan dari penyediannya apakah penyedia tadi adalah orang atau mesin.
- Bervariasi (*variability*) yaitu kualitas jasa tergantung pada siapa yang menyediakan jasa, dan waktu, tempat dan bagaimana cara mereka disediakan.
- Tidak tahan lama (*perishability*) yaitu jasa tidak dapat disimpan untuk penjualan atau pemakaian yang akan datang.

STRATEGI PEMASARAN

Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. Perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga, promosi dan distribusi (*marketing mix*) terhadap pesaing dekatnya.

Dalam Strategi Pemasaran terdapat 5 elemen yang saling berkaitan. Menurut Fandy Tjiptono (2000) lima elemen tersebut adalah :

1. **Pemilihan Pasar**, yaitu memilih pasar yang akan dilayani. Pemilihan pasar dimulai dengan melakukan segmentasi pasar dan memilih pasar sasaran yang paling memungkinkan untuk dilayani. Faktor-faktor yang menjadi dasar pemilihan pasar adalah

: persepsi terhadap fungsi produk dan pengelompokan teknologi yang dapat diproteksi dan di dominasi, keterbatasan sumber daya internal, pengalaman kumulatif yang didasarkan pada *trial and error* dalam menanggapi peluang dari akses terhadap sumber daya langka atau pasar yang terproteksi.

2. **Perencanaan Produk;** terdiri dari spesifik yang terjual, pembentukan lini produk dan desain penawaran individual pada masing-masing lini. Produk yang ditawarkan akan menghasilkan manfaat total dari pembelian. Manfaat tersebut meliputi produk itu sendiri, nama merek produk, jaminan atau garansi, jasa reparasi dan bantuan teknis yang disediakan, serta hubungan personal yang terjadi antara pembeli dan penjual.

3. **Penetapan Harga;** penetapan nilai kuantitatif produk yang ditawarkan pada pelanggan

4. Sistem Distribusi; saluran perdagangan yang dilalui produk dari produsen sampai konsumen akhir yang membeli dan menggunakannya.

5. Komunikasi Pemasaran (Promosi); meliputi periklanan, personal selling, promosi penjualan, direct marketing dan public relations.

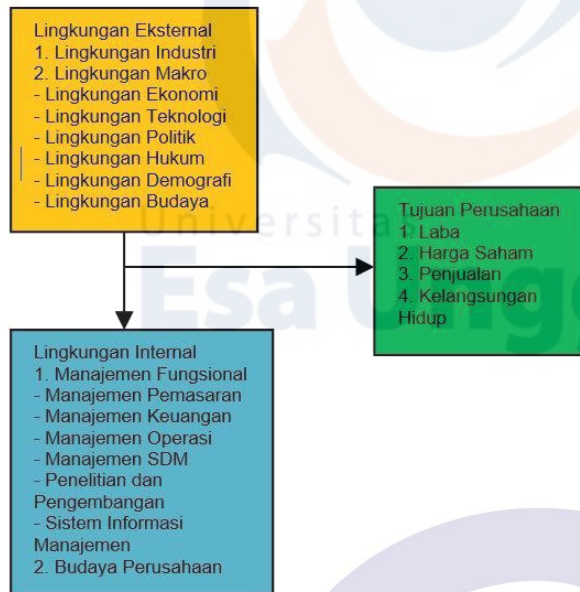
Untuk melakukan strategi pemasaran harus dipertimbangkan Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi, yaitu strategi internal dan strategi eksternal.

Analisis internal untuk menilai kekuatan dan kelemahan variable-variabel yang ada dalam bidang pemasaran.

Lingkungan eksternal adalah suatu kekuatan yang berada di luar perusahaan dimana perusahaan tidak mempunyai pengaruh sama sekali terhadapnya (uncontrolable) sehingga perusahaan-perusahaan yang terjadi pada lingkungan ini akan mempengaruhi kinerja semua perusahaan dalam industri tersebut

Agar tujuan perusahaan tercapai, maka pihak manajemen perlu mengenali dua hal pokok yang meliputi faktor-faktor bersifat controllable dan uncontrollable. Baik yang terdapat dalam lingkungan internal maupun eksternal

perusahaan. Secara skematis, proses identifikasi tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut :



Gambar 1

Identifikasi Lingkungan Eksternal dan Internal

Sumber : Suwarsono, 2000

ANALISIS SWOT

Analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk

merumuskan strategi perusahaan. Analisis ini didasarkan pada logika yang dapat memaksimalkan kekuatan (*strengths*) dan peluang (*opportunities*), namun secara bersamaan dapat meminimalkan kelemahan (*weaknesses*) dan ancaman (*threats*) (Rangkuti, 2000;19). Perencanaan strategis harus menganalisis faktor-faktor strategis organisasi yaitu (kekuatan, kelemahan, peluang, ancaman) dalam kondisi yang ada pada saat ini. Hal ini disebut dengan analisis situasi.

Pengertian variabel SWOT (Muchtar A.F, 2014:158)) adalah :

1. *Strength* (kekuatan), adalah suatu kondisi dimana perusahaan mampu melakukan semua tugasnya dengan sangat baik, bahkan di atas rata-rata perusahaan yang sejenis.

2. *Weakness* (kelemahan), adalah kondisi dimana perusahaan kurang mampu melaksanakan tugasnya dengan baik disebabkan oleh sarana dan prasarana yang kurang memadai

3. *Opportunity* (peluang), adalah suatu potensi bisnis menguntungkan yang dapat diraih oleh perusahaan yang masih belum dikuasai oleh pihak kompetitor dan masih belum tersentuh oleh pihak manapun.

4. *Threat* (ancaman), adalah suatu keadaan dimana perusahaan mengalami kesulitan disebabkan oleh jinerja pihak kompetitor, yang jika dibiarkan maka perusahaan akan mengalami kesulitan di kemudian hari.

Analisis SWOT akan menganalisis faktor-faktor internal dan eksternal dari sebuah perusahaan. Faktor-faktor yang termasuk lingkungan internal perusahaan adalah bagian-bagian dan tingkatan manajemen yang mampu mempengaruhi pengambilan keputusan manajemen pemasaran, serta faktor lain seperti konsumen, pesaing maupun publik. Sedangkan faktor eksternal meliputi : teknologi, politik, demografi, dan ekonomi.

Gambar 2

Diagram Analisis SWOT

Sumber: Rangkuti, 2014. Keterangan :

Kuadran 1

Merupakan situasi yang menguntungkan. Perusahaan tersebut memiliki peluang dan kekuatan sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada. Strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*growth oriented strategy*)

Kuadran 2

Meskipun menghadapi berbagai ancaman, perusahaan ini masih memiliki kekuatan dari segi internal. Strategi yang harus diterapkan adalah menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang jangka panjang dengan cara strategi diversifikasi (produk atau pasar).

Kuadran 3

Perusahaan menghadapi peluang pasar yang sangat besar, tetapi di lain pihak, perusahaan menghadapi beberapa kendala atau kelemahan internal. Kondisi bisnis pada kuadran 3 ini mirip dengan *Question Mark* pada matrik BCG. Fokus strategi perusahaan ini adalah meminimalkan masalah-masalah internal perusahaan sehingga dapat merebut peluang pasar yang lebih baik.

Kuadran 4

Ini merupakan situasi yang sangat tidak menguntungkan, perusahaan tersebut menghadapi berbagai ancaman dan kelemahan internal.

PENENTUAN STRATEGI PEMASARAN

Penentuan strategi pemasaran merupakan pokok perumusan strategi pemasaran adalah pemilihan strategi pasar sasaran produk pada tiap unit bisnis, penetapan tujuan pemasaran dan pengembangan, pelaksana serta pengolahan strategi untuk memenuhi keinginan konsumen pasar sasaran (Porter, 2004;78). Analisis situasi mengidentifikasi peluang dan ancaman dalam bisnis serta kekuatan kelemahan organisasi. Semua informasi yang diperoleh memiliki peran penting dalam desain strategi permasalahan, termasuk analisis penentuan sasaran pasar dan pengembangan serta penentuan posisi produk baru di pasar. (Porter, 2004 ; 82)

STRATEGI PENETAPAN PASAR DAN PENENTUAN POSISI SWOT

Keunggulan pemasaran dipengaruhi oleh beberapa faktor situasi seperti ciri-ciri industri, sejenis perusahaan (seperti ukuran perusahaan) diferensiasi kebutuhan pembeli dan keunggulan pesaing perusahaan yang spesifik dalam merancang strategi pemasaran. Permasalahan yang penting adalah memutuskan bagaimana, kapan dan dimana akan bersaing, serta memberikan gambaran lingkungan perusahaan baik lingkungan eksternal maupun lingkungan internal (Porter, 2004 :83).

STRATEGI PENENTUAN POSISI DAN STRATEGI PEMASARAN

Strategi penentuan posisi dalam program pemasaran merupakan hasil kombinasi antara strategi produk, saluran distribusi, harga dan promosi yang digunakan oleh perusahaan untuk menentukan posisinya terhadap pesaing utama dalam usaha memenuhi kebutuhan dan keinginan pasar sasaran (Porter, 2004; 83)

Alat yang dipakai untuk menyusun faktor-faktor strategis perusahaan salah satunya adalah matriks SWOT/TOWS. Matriks ini menggambarkan secara jelas bagaimana peluang dan ancaman eksternal yang dihadapi perusahaan dapat disesuaikan dengan kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya (Rangkuti, 2014:83). Matriks ini dapat menghasilkan empat set kemungkinan alternatif strategis.

MEMILIH STRATEGI PEMASARAN

Pemilihan strategi yang tepat akan tergantung pada posisi strategis dari organisasi saat ini. Apakah berada pada posisi kuadran 1, 2, 3 atau 4. Posisi tersebut menentukan strategi mana yang harus diambil. Strategi dengan menggunakan *framework Product-Market Matrix* oleh Ansoff akan membantu pengambilan keputusan strategis dalam *business development*, dengan mempertimbangkan pengembangan bisnis melalui produk lama/baru (*existing/new products*) di dalam pasar yang lama/baru (*existing/new market*).

1. **Market Development** : Memasarkan produk yang ada kepada pasar yang baru (*existing products sold to new market*)
2. **Diversification** : Memasarkan produk baru di pasar yang baru (*new products sold in new markets*)
3. **Market Penetration** : Meningkatkan pemasaran pada pasar yang ada, penekanan lebih utama pada pasar lama (*Increase sales to the existing market, penetrate more deeply into the existing market*)
4. **Product development** : Mengembangkan produk baru di pasar lama (*new product developed for existing markets*)

Jasa pelayanan kesehatan merupakan suatu usaha yang banyak saingannya, untuk itu perlu difikirkan suatu strategi penyerangan, sebagai upaya untuk bersaing dengan pesaing yang ada. Strategi penyerangan mengandung makna usaha untuk merebut sesuatu yang dimiliki lawan (Anang Firmansyah).

Ada dua aturan umum yang perlu diperhatikan dalam strategi ini, yaitu:

1. Suatu perusahaan sebaiknya tidak melakukan penyerangan, kecuali bila tujuannya tidak dapat dicapai dengan segala cara lainnya.
2. Agar penyerangan dapat berhasil, maka penyerang harus lebih superior daripada pihak yang diserang.

Ada lima strategi penyerangan yang dapat dipilih, yaitu:

1. Serangan Dari Depan (*Frontal Attack*)

Strategi mengerahkan kekuatan tepat berhadapan dengan lawan, lebih menyerang kekuatan lawan daripada kelemahan lawan. Pemenang tergantung pada siapa yang memiliki kekuatan dan daya tahan yang paling besar. Dalam bisnis, serangan frontal dapat berupa menandingi produk pesaing (misalnya menambah karakteristik khusus yang dapat menarik pelanggan perusahaan pesaing dan membuat model baru untuk bersaing langsung dengan model milik pesaing), menerapkan iklan perbandingan (*comparison ads*), menurunkan harga, dan mendirikan pabrik baru dengan lokasi yang berdekatan dengan pesaing.

2. Serangan Menyamping (*Flanking Attack*)

Umumnya daerah yang diperkirakan akan diserang selalu memiliki pasukan yang kuat. Oleh karena itu daerah samping dan belakang biasanya sering lebih lemah, sehingga merupakan daerah sasaran musuh. Penyerang bersikap seolah-olah akan menyerang bagian yang kuat, namun sesungguhnya akan menyerang bagian samping atau belakang. Itulah yang disebut serangan menyamping atau melambung. Serangan seperti itu merupakan tindakan pemasaran yang cemerlang, terutama bagi penantang pasar yang kurang memiliki sumber daya sebesar yang dimiliki lawan. Serangan menyamping ini mempunyai kemungkinan berhasil lebih besar daripada serangan frontal.

3. Serangan Mengepung (*Encirclement Attack*)

Strategi ini merupakan kebalikan dari serangan menyamping. Serangan mengepung merupakan usaha menembus daerah pemasaran lawan. Manuver mengepung ini dilakukan dengan serangan besar-besaran terhadap berbagai front, sehingga lawan harus menjaga bagian depan, samping, dan belakang secara bersamaan. Perusahaan penantang dapat memasarkan semua produk seperti yang ditawarkan pesaing dan melebihi apa yang dimiliki pesaing.

4. Serangan Lintas (*Bypass Attack*)

Serangan jenis ini adalah strategi menyerang yang paling tidak langsung, serta menghindari setiap gerakan yang mengarah ke daerah pemasaran pesaing. Serangan ini dilakukan dengan cara melintasi lawan dan menyerang pasar yang lebih lemah untuk memperluas basis sumber daya.

5. Serangan Gerilya (*Guerrilla Attack*)

Pada umumnya serangan gerilya dilakukan oleh perusahaan yang lebih kecil melawan perusahaan besar. Serangan ini dilancarkan dengan serangan kecil dan terputus-putus pada berbagai wilayah lawan. Prinsip utama strategi gerilya adalah *hit-and-run*. Tujuannya adalah mengganggu dan mengacau lawan dan akhirnya memperoleh tempat berpijak yang tepat.

Perusahaan yang bergerilya akan lebih memilih menyerang pasar yang kecil, terpencil, dan pertahanannya lemah. Dalam bisnis, serangan gerilya ini mencakup tindakan memotong harga secara selektif, mengganggu persediaan, membajak eksekutif, kejutan promosi yang intensif, dan sebagainya.

III. METODA PERANCANGAN

Perancangan model yang dipakai adalah dengan menggunakan analisis SWOT sebagai langkah awal untuk identifikasi berbagai factor secara sistematis dalam merumuskan strategi. Langkah-langkah perancangan tersebut adalah :

1. Melakukan analisis internal :
2. Kekuatan internal : akses (lokasi strategis), Jumlah kunjungan yang besar, adanya jejaring puskesmas (Pustu, Polindes, Poskesdes, Balai Pengobatan Pembantu), telah memenuhi Akreditasi, merupakan Pusat pelayanan kesehatan milik pemerintah Kabupaten Aceh Besar (Brand name)
3. Kelemahan internal : Pengembangan teknologi dan pemanfaatan alat kesehatan belum maksimal, tugas pokok puskesmas adalah UKM, Jumlah dan kompetensi SDM masih kurang, motivasi dan produktifitas SDM belum optimal
4. Melakukan analisis eksternal :
5. Peluang eksternal : banyaknya regulasi yang mendukung pengembangan pelayanan kesehatan di Puskesmas Darussalam, peluang yang besar untuk melakukan MOU

dengan pihak ke 3 (industry formal non formal, laboratorium klinik, dunia pendidikan, dan sebagainya) , dukungan dan komitmen Pemerintah Kabupaten Aceh Besar, Renstra dinas kesehatan, Jumlah kunjungan luar wilayah yang tinggi.

6. Ancaman eksternal : meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, banyaknya competitor sarana kesehatan dasar, perilaku masyarakat terhadap lingkungan yang sehat belum optimal, Issue pelayanan kesehatan gratis
7. Menyusun faktor-faktor strategis puskesmas dengan matriks SWOT, untuk menggambarkan secara jelas bagaimana peluang dan ancaman eksternal yang dihadapi dapat disesuaikan dengan kekuatan dan kelemahan internal yang ada.
8. Menentukan Posisi Strategis Puskesmas
9. Menentukan alternatif strategi yang akan dipilih berdasarkan matriks SWOT yang telah di analisis
10. Memilih Strategi yang akan di rancang untuk pemasaran pelayanan kesehatan di Puskesmas Darussalam.
11. Menyusun program dan kegiatan yang dapat dilaksanakan di Puskesmas

Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan Manajemen Pemasaran Kesehatan ?
2. Sebutkan alasannya mengapa pemasaran dalam kesehatan penting ?

Kunci Jawaban

1. Manajemen pemasaran merupakan hal yang harus dipelajari dalam berbisnis, Berbagai upaya yang dilakukan dalam pemasaran harus dilakukan dikarenakan tingginya persaingan karena makin banyak *competitor* (pesaing) dari waktu ke waktu. Persaingan yang semakin ketat membuat aktifitas pemasaran barang atau jasa menjadi hal yang lebih penting dibandingkan

peningkatan skala produksi. Aktivitas pemasaran mempunyai nilai yang positif baik ditelaah dari sisi produsen ataupun dari sudut pandang konsumen.

2. Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. Perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga, promosi dan distribusi (*marketing mix*) terhadap pesaing dekatnya.

J. Daftar Pustaka

Hartono, B (2010), Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit, Jakarta : PT. Rineka Cipta

Kotler P, Shalowitz J., Stevens R.J. (2008), Strategic Marketing for Health Care Organizations, First Edition, Jossey Bass : A Wiley Imprint

Kotler, P and Keller, K.L. (2009), Marketing Management, Thirteen Edition, New Jersey : Pearson Prentice-Hall


Zeithaml Valarie A., Bitner Mary Jo. (2018), Service Marketing Integrating Customer Focus, 6th Edition, The McGraw-Hill

Fitzsimmons & Fitzsimon (2011), Journals

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**



**MODUL 03
PENGANTAR TEORI 4'P DAN 7'P**



DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)
email: erlina.puspitaloka@esaunggul.ac.id

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2023

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dasar Marketing Mix dalam Kesehatan
2. Menguraikan konsep dasar 4'P dan 7'P dalam Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami implementasi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan di PPK dengan benar

B. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- b. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- c. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. **Topik Perkuliahan** : Pengantar Teori 4'P dan 7'P

Sub Topik : Teori dan Implementasi di PPK

C. Uraian : BAURAN PEMASARAN (MARKETING MIX)

A. Definisi dari Bauran Pemasaran

Sebagaimana yang dikatakan oleh William J. Stanton (1993:7) bahwa pemasaran adalah “suatu sistem total dari kegiatan bisnis yang dirancang untuk merencanakan, menentukan harga, mempromosikan dan mendistribusikan barang-barang yang dapat memuaskan

keinginan dan jasa baik kepada konsumen saat ini maupun konsumen potensial”. Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa dalam pemasaran terdapat empat unsur pokok kegiatan pemasaran yakni produk, harga, promosi dan distribusi yang dimana satu sama lain saling berkaitan. Sehingga untuk menciptakan pemasaran yang baik dan berhasil dalam mencapai tujuan perusahaan serta memberikan kepuasan terhadap konsumen, maka keempat unsur tadi perlu dirancang sebaik mungkin terutama dengan memperhatikan apa yang diinginkan dan dibutuhkan konsumen sesuai dengan konsep pemasaran.

Kotler (2000) mendefinisikan bahwa “bauran pemasaran adalah kelompok kiat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai sasaran pemasarannya dalam pasar sasaran”. Sedangkan Jerome Mc – Carthy dalam Fandy Tjiptono (2004) merumuskan konsep bauran pemasaran menjadi 4P (Product, Price, Promotion dan Place).

B. Unsur-Unsur Bauran Pemasaran

Berdasarkan definisi-definisi bauran pemasaran diatas, dapat disimpulkan pengertian bauran pemasaran adalah empat unsur pemasaran yang saling terkait dan digunakan dalam formulasi yang tepat sehingga perusahaan dapat mencapai tujuan pemasaran yang efektif sekaligus memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen.

Sebagai salah satu strategi pemasaran yang mengandung empat pilar penting untuk dapat menguasai pangsa pasar, bauran pemasaran mempunyai unsur-unsur sebagai berikut:

1. Produk (Product)

Salah satu komponen bauran pemasaran yang penting adalah produk. Dimana produk ini merupakan hasil dari produksi sebuah perusahaan. Kegiatan pemasaran dikatakan berhasil apabila perusahaan atau penjual mampu membujuk konsumen dan akhirnya konsumen memutuskan dan akhirnya konsumen memutuskan untuk membeli produk yang ditawarkan. Menurut Assauri produk adalah barang atau jasa yang dihasilkan untuk digunakan oleh konsumen guna memenuhi kebutuhannya dan memberikan kepuasan. Produk dapat didefinisikan sebagai apa saja yang dapat memenuhi keinginan atau kebutuhan dalam hal penggunaan, konsumsi atau akuisisi.

Menurut Philip Kotler (2006 : 448) mendefinisikan produk sebagai berikut : "Produk adalah segala sesuatu yang dapat ditawarkan ke suatu pasar untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan".

Berdasarkan definisi produk menurut Kotler menyatakan bahwa produk memiliki pengertian yang sangat luas, mencakup apa saja yang ditawarkan ke suatu pasar. Menurut Sistaningrum Mengetahui bahwa produk memiliki dua bentuk, yaitu produk dalam bentuk barang dan produk dalam bentuk jasa.

Perencana produk harus memikirkan produk pada 3 tingkat:

a. Produk Inti

Jasa untuk memecahkan Masalah atau manfaat inti yang dicari konsumen, ketika membeli suatu produk. Hal ini didasarkan pada pertanyaan: "Apa yang sebenarnya dibeli oleh pembeli?". Ketika merancang produk, mula-mula pemasar harus mendefinisikan inti, manfaat penyelesaian masalah atau jasa yang divari konsumen. Contohnya : konsumen yang beli produk BlackBerry membeli lebih dari sekedar telepon genggam nirkabel, peralatan jelajah e-mail dan web atau agenda pribadi.

b. Produk Aktual

Bagian dari produk, yang meliputi tingkat mutu, fitur produk, sifat, rancangan/desain, nama merek dan pengemasan dan sifat lain yang digabungkan untuk memberikan manfaat produk inti. Misalnya BlackBerry adalah produk aktual. Nama, komponen, gaya, fitur, kemasan, dan atribut lain, semuanya telah digabungkan secara cermat untuk menghantarkan manfaat inti agar tetap terhubung.

c. Produk Tambahan

Tambahan servis/pelayanan dan manfaat bagi konsumen yang diberikan di sekitar produk inti dan produk aktual. Misalnya BlackBerry harus menawarkan lebih dari sekedar alat komunikasi, tetapi harus memberikan solusi lengkap tentang pelanggan membeli BlackBerry.

1) Klasifikasi Produk

Secara tradisional, pemasar mengklasifikasikan produk berdasarkan ciri-cirinya: daya tahan, wujud dan penggunaannya (konsumen atau industri). Setiap jenis produk memiliki strategi bauran pemasaran yang sesuai.

Menurut Philip Kotler (2006 : 451) pemasar mengklasifikasikan produk ke dalam 3 golongan yaitu :

a) Daya tahan dan wujud. Berdasarkan daya tahan dan wujud, produk dapat diklasifikasikan kedalam 3 kelompok yaitu :

- Barang tahan lama (durable goods). Adalah barang yang berwujud yang biasanya tetap bertahan walaupun sudah digunakan berkali-kali. Contohnya adalah peralatan mesin dan pakaian. Produk tahan lama biasanya memerlukan penjualan dan pelayanan yang lebih pribadi, mempunyai margin yang lebih tinggi dan memerlukan lebih banyak garansi dari penjual.
- Barang yang tidak tahan lama (nondurable goods). Adalah barang yang tidak tahan lama adalah barang berwujud yang biasanya dikonsumsi dalam satu atau beberapa kali penggunaan. Contohnya adalah sabun dan bir karena barang-barang ini dikonsumsi dengan cepat dan sering dibeli, strategi yang tepat adalah menyediakannya diberbagai lokasi, hanya mengenakan margin kecil dan memasang iklan besar-besaran guna memancing orang mencobanya.
- Jasa (service). Adalah produk-produk yang tidak berwujud tidak terpisahkan dan tidak terpisahkan dan tidak mudah habis. Akibatnya produk ini biasanya memerlukan pengendalian mutu, kredibilitas pemasok dan kemampuan penyesuaian yang lebih tinggi. Contohnya mencakup pemotongan rambut dan perbaikan barang.

b) Produk industri. Produk industri dapat diklasifikasikan berdasarkan cara barang itu memasuki proses industri dan harga relatifnya. Produk industri dapat dibedakan tiga yaitu:

- 1) Bahan baku dan suku cadang (materials and parts). Yaitu barang-barang yang seluruhnya memasuki produk yang dihasilkan tersebut. Barang-barang itu terbagi menjadi dua kelompok : Bahan mentah dan bahan baku dan suku cadang yang diproduksi.
- 2) Barang modal (capital items). Yaitu barang-barang tahan lama yang memudahkan pengembangan atau pengolahan produk jadi. Barang modal meliputi dua kelompok yaitu : instalasi dan peralatan.

3) Perlengkapan dan jasa bisnis. Yaitu barang dan jasa tidak tahan lama yang membantu pengembangan dan atau pengelolaan produk akhir.

c) Produk konsumen. Produk yang termasuk barang konsumsi diklasifikasikan kedalam 4 (empat) kelompok yaitu :

1) Produk kemudahan (convenience products). Yaitu barang-barang yang biasanya sering dibeli konsumen segera, seketika, hanya sedikit membanding-bandingkan dan usaha membelinya minimal, meliputi:

- Produk kebutuhan pokok: produk yang dibeli konsumen secara teratur
- Produk impuls: produk yang dibeli dengan sedikit perencanaan atau usaha untuk mencari
- Produk keadaan darurat: produk yang dibeli ketika konsumen membutuhkan. Contohnya : shampo dan sabun mandi

2) Produk belanja (shopping products). Yaitu barang-barang yang biasanya dibandingkan berdasarkan kesesuaian, kualitas, harga dan gaya dalam proses pemilihan dan pembeliannya. meliputi:

Produk homogen: produk yang mempunyai mutu sama, tetapi harganya cukup berbeda.

Produk heterogen: produk yang mana konsumen memandang sifat produk lebih penting ketimbang harga. Contohnya : pakaian dan peralatan rumah tangga.

3) Produk Khusus (speciality products). Yaitu produk dengan karakteristik unit dan atau identifikasi merek yang untuk sekelompok pembeli yang cukup besar bersedia melakukan usaha khusus untuk membelinya. Contohnya : mobil dan HP

4) Produk yang tidak dicari (unsought products). Yaitu barang-barang yang tidak diketahui konsumen atau biasanya mereka tidak terpikir untuk membelinya. Contohnya: asuransi jiwa.

2) Atribut Produk

Menurut Philip Kotler dan Gary Armstrong (2008 : 272) Mendefinisikan atribut produk sebagai berikut : ” Atribut produk adalah Pengembangan suatu produk atau jasa melibatkan

manfaat yang akan ditawarkan produk atau jasa tersebut”. Manfaat-manfaat tersebut kemudian dikomunikasikan dan disampaikan melalui atribut-atribut produk seperti :

- a) Kualitas produk. Kualitas produk adalah Karakteristik produk atau jasa yang bergantung pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan pelanggan yang dinyatakan atau diimplikasikan.
- b) Fitur produk. Sebuah produk dapat ditawarkan dalam beragam fitur. Model dasar, model tanpa tambahan apa pun, merupakan titik awal. Perusahaan dapat menciptakan tingkat model yang lebih tinggi dengan menambahkan lebih banyak fitur. Fitur adalah sarana kompetitif untuk mendiferensiasikan produk perusahaan dari produk pesaing.
- c) Gaya dan desain. Cara untuk menambah nilai pelanggan adalah nilai melalui gaya dan desain produk yang berbeda. Desain adalah konsep yang lebih besar dari pada gaya. Gaya hanya menggambarkan penampilan produk.
- d) Merek. Merek adalah Nama, istilah, tanda, lambang, atau desain, atau kombinasi dari semua ini yang memperlihatkan identitas produk atau jasa dari satu penjual atau sekelompok penjual dan membedakan produk itu dari produk pesaing.
- e) Kemasan. Kemasan melibatkan perancangan dan produksi wadah atau pembungkus untuk sebuah produk. Pada dasarnya, fungsi utama kemasan adalah penyimpanan dan melindungi produk.
- f) Pelabelan. Label mempunyai beberapa fungsi, setidaknya, label menunjukkan produk atau merek, seperti nama sunikist yang tercantum pada jeruk. Label juga bisa menggambarkan beberapa hal tentang produk siapa yang membuatnya, dimana produk itu dibuat, kapan produk itu dibuat, kandungannya, cara pemakaiannya, dan bagaimana menggunakan produk itu dengan aman. Terakhir, label bisa membantu mempromosikan produk dan mendukung positioningnya.
- g) Pelayanan pendukung produk. Pelayanan pelanggan adalah elemen dalam strategi produk. Penawaran perusahaan biasanya meliputi beberapa pelayanan pendukung, yang bisa menjadi bagian kecil atau bagian besar dari keseluruhan penawaran.

3) Pengertian Produk Mix dan Produk Line

Produk mix (bauran produk) adalah seluruh barang yang ditawarkan untuk dijual kepada konsumen oleh perusahaan. Produk line (lini produk) adalah sekelompok barang-barang yang prinsipnya mempunyai fungsi yang sama dan memiliki karakteristik bentuk yang sama. Bauran produk lebih banyak membicarakan tentang kombinasi berbagai produk yang dihasilkan oleh suatu perusahaan untuk dapat menarik minat dan mendapatkan pelanggan setia dari produk yang dihasilkan.

4) Kendala-kendala strategi produk

Tahap-tahap awal dalam proses manajemen pemasaran merupakan kendala bagi strategi produk unit bisnis khususnya penetapan sasaran pasar dan penentuan posisi di pasar yang berdampak pada komposisi lini produk (line product) dan atribut dari produk-produk individual. Perkembangan waktu mengubah lingkungan tempat unit bisnis bersaing, mendorong timbulnya perubahan didalam strategi produk, sehingga strategi produk juga dibatasi oleh daur hidup produk.

2. Harga (price)

Dalam bauran pemasaran (marketing mix) harga merupakan faktor penting dalam menentukan ranah pemasaran yang dialokasikan oleh sebuah perusahaan. Dari keempat faktor yang menentukan marketing mix, harga merupakan satu-satunya unsur yang memberikan pemasukan atau pendapatan bagi perusahaan.

Menurut bayu swastha, harga dapat didefinisikan sebagai sejumlah uang (ditambah beberapa barang kalau mungkin) yang dibutuhkan untuk mendapatkan sebuah kombinasi dari barang beserta pelayanannya.

Dari pengertian harga tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa harga adalah nilai suatu barang atau jasa yang diukur dengan sejumlah uang. Demi mendapatkan sebuah barang atau jasa yang diinginkanya seorang konsumen harus rela membayar sejumlah uang. Hal ini juga harus diperhatikan oleh perusahaan, jika perusahaan menetapkan harga yang tinggi dengan maksud untuk menjadikan barang atau jasa produksinya dalam kategori luxuries, maka harga yang semakin tinggi dapat menjadikan barang itu akan semakin dicari konsumen, akan tetapi akan berbeda jika bidikan barang yang digunakan untuk umum maka harga yang harus digunakanpun menyesuaikan dengan kemampuan pasar.

a) Tujuan penetapan harga. Catur dalam bukunya menyebutkan ada empat tujuan utama yang dapat diraih perusahaan melalui kebijakan harga, yaitu:

Bertahan hidup

Jika perusahaan menghadapi persaingan yang gencar, kapasitas produk yang berlebih, atau terus perubahan keinginan konsumen, maka perusahaan dapat menetapkan harga jual yang rendah agar pabrik dapat terus berproduksi dan persediaan bisa berputar. Perusahaan-perusahaan ini akan mampu bertahan hidup dalam bisnisnya sepanjang harga jualnya dapat menutup biaya variable saja.

Memaksimalisasi laba jangka pendek

Kebanyakan perusahaan akan menentukan harga pada tingkat yang nantinya akan menghasilkan keuntungan setinggi-tingginya. Mereka memperkirakan bahwa permintaan dan biaya ada hubungannya dengan tingkat harga sehingga menetapkan tingkat harga tertentu untuk memperoleh keuntungan maksimal dan arus kas. Dalam hal ini, perusahaan lebih menenkankan keuntungan jangka pendek.

Unggul dalam bagian pasar

Perusahaan – perusahaan lain juga berusaha meraih pasar yang dominan. Perusahaan yang memiliki bagian pasar yang dominan akan menikmati struktur biaya yang rendah dan keuntungan jangka panjang yang tinggi. Perusahaan – perusahaan ini berusaha keras agar mendapat bagian pasar terbesar dengan cara menurunkan harga jual serendah mungkin.

Unggul dalam kualitas produk

Suatu perusahaan mungkin berkeinginan menjadi pemimpin dalam hal kualitas produk di pasarnya. Umumnya, perusahaan ini menetapkan harga jual yang lebih tinggi agar bisa menutup biaya penelitian dan pengembangan dan biaya-biaya untuk menghasilkan mutu produk yang tinggi.

b) Strategi Harga. Harga merupakan salah satu komponen dalam marketing mix sebagai salah satu komponen yang penting, maka sebuah perusahaan harus dapat menentukan strategi harga yang tepat bagi produk yang diproduksinya. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan dalam menentukan harga produk. Karena kesalahan dalam

menentukan harga produk dapat mengakibatkan produk itu semakin tidak laku atau bahkan tidak diperbolehkan untuk produksi lagi.

Dalam menentukan strategi harga atas suatu produk, harus dipertimbangkan produksi produk di pasar persaingan, dan juga siklus kehidupan produk tersebut. Produk lain yang mempunyai target pasar sama dengan market leadernya tentu tidak akan bisa menyaingi harga standar terendah dari market leader, karena jika produk nomor dua itu mematok harga sama dengan yang dilakukan market leader, konsumen lebih memilih merk yang menjadi market leader.

c) Metode-Metode Penetapan Harga. Perusahaan – perusahaan menentukan harga dasar mereka dan kemudian mengubahnya untuk memenuhi faktor-faktor yang selalu berubah dalam lingkungannya. Metode penetapan harga yang didasarkan pada biaya yang paling sederhana adalah cost-plus pricing dan mark up pricing method.

Metode cost-plus pricing. Pada metode ini, produsen / penjual akan menentukan harga jual untuk satu unit barang ditambah suatu jumlah tertentu untuk menutup laba yang diinginkan. Laba yang diinginkan dalam konsep ini disebut margin.

Harga Jual = Biaya Total + Margin

Metode mark up pricing. Metode mark up pricing ini hampir sama dengan metode costplus pricing. Hanya saja metode mark up pricing ini lebih cocok digunakan untuk pedagang/penjual, sedangkan metode cost-plus pricing cocok digunakan oleh produsen. Berdasarkan metode ini, penjual/pedagang menentukan harga jualnya dengan cara menambah harga jual produk dengan sejumlah mark up.

Mark up sendiri merupakan kelebihan harga jual di atas harga belinya. Dalam menentukan mark up juga perlu diperhatikan biaya penjualan, biaya penelitian, dan biaya lainnya karena biaya-biaya tersebut masuk dalam mark up.

Harga Jual = Harga Beli + Mark Up

Metode Harga Break Even (Break-even pricing). Penetapan dengan metode ini artinya harga jual produk adalah sama besarnya dengan biaya yang dikeluarkan untuk membuat produk. Suatu keadaan dikatakan break even penghasilan yang diterima adalah sama dengan total biaya yang dikeluarkan. Berdasarkan metode ini, perusahaan dikatakan memperoleh laba

jika jumlah penjualannya bisa melebihi di atas titik break even. Dalam metode ini produsen harus mempunyai anggapan-anggapan terhadap suatu kondisi agar produksinya tidak mengalami kesalahan.

Penetapan Harga dalam Hubungan dengan Pasar. Dalam metode ini harga tidak ditentukan berdasarkan biaya produksi, tetapi justru harga yang menentukan biaya bagi perusahaan. Harga atas suatu barang ditentukan dari melihat harga barang produksi lain yang ada di pasaran. Perusahaan akan menentukan harga sama dengan perusahaan lain, lebih tinggi atau bahkan lebih rendah dari harga pesaingnya.

Selain hal penetapan harga diatas , Perusahaan juga dapat menggunakan cara dengan melakukan pendekatan penetapan harga secara umum yang meliputi satu atau lebih diantara tiga perangkat perimbangan berikut ini yakni:

- 1) Cost-Based Pricing (Penetapan harga berdasarkan biaya)
 - a) Cost-Plus-Pricing (Penetapan harga biaya plus). Metode ini merupakan metode penelitian harga yang paling sederhana, dimana metode ini menambah standar mark-up terhadap biaya produk.
 - b) Break Even Analysis and Target Profit Pricing (Analisis peluang pokok dan penetapan harga laba sasaran). Suatu metode yang digunakan perusahaan untuk menetapkan harga apakah akan break even atau membuat target laba yang akan dicari.
- 2) Value-Based Pricing (Penetapan harga berdasarkan nilai). Metode ini menggunakan satu persepsi nilai dari pembeli (bukan dari biaya penjualan) untuk menetapkan suatu harga.
- 3) Competition-Based Pricing (Penetapan harga berdasarkan persaingan)
 - a) Going-rate Pricing (Penetapan harga berdasarkan harga yang berlaku). Perusahaan mendasarkan harganya pada harga pesaing dan kurang memperhatikan biaya dan permintaannya. Perusahaan dapat mengenakan harga yang sama, lebih tinggi atau lebih rendah dan pesaing utamanya.
 - b) Scaled-Bid Pricing (Penetapan harga penawaran tertutup). Perusahaan menetapkan pesaing dan bukan berdasarkan hubungan yang kaku atas biaya atau permintaan perusahaan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi harga:

- Kebutuhan dana
- Persaingan
- Kebijakan pemerintah
- Target laba yang diinginkan
- Jangka waktu
- Kualitas jaminan
- Reputasi perusahaan
- Produk yang kompetitif
- Hubungan baik

3. Promosi (promotion)

Promosi merupakan salah satu variabel marketing mix yang sangat penting yang dilakukan untuk membuka pangsa pasar yang baru atau memperluas jaringan pemasaran. Sebagaimana Hurriyati mengatakan, promosi merupakan aktivitas pemasaran yang berusaha menyebarkan informasi, mempengaruhi/membujuk atau mengingatkan pasar sasaran atas perusahaan dan produknya agar bersedia menerima, membeli dan loyal pada produk yang ditawarkan perusahaan yang bersangkutan.

Dalam pemasaran modern, produsen bukan saja bertanggung jawab menciptakan produk yang menarik akan tetapi produsen harus juga dapat berkomunikasi dengan konsumennya yang diharapkan nanti bisa menjadi konsumen tetap. Dalam hal ini diperlukan yang namanya komunikasi pemasaran. Dengan adanya komunikasi pemasaran, seorang produsen tidak akan kehilangan pangsa pasarnya sehingga dapat meningkatkan volume penjualan barang produksinya. Menurut Kotler, ada tiga tingkatan tanggapan khalayak sasaran atas informasi pemasaran yang disampaikan para komunikator pemasaran. Ketiga tingkatan tersebut adalah afektif, kognitif, dan berperilaku.

Seperti halnya dengan unsur bauran pemasaran yang lain, promosi juga mempunyai kombinasi dalam menunjang pemasaran suatu produk atau jasa. Dalam hal ini kombinasi unsur promosi lebih dikenal dengan promotional mix atau bauran promosi yang meliputi periklanan, personal selling, publisitas dan promosi penjualan.

a) Periklanan. Periklanan merupakan bentuk presentasi dalam promosi non pribadi tentang ide, barang dan jasa yang dibayar oleh sponsor tertentu. Adapun fungsi-fungsi periklanan adalah sebagai berikut:

- Memberikan informasi.
- Membujuk atau mempengaruhi
- Menciptakan kesan (image)
- Memuaskan keinginan
- Periklanan merupakan alat komunikasi

b) Personal Selling. Personal selling merupakan presentasi lisan dan percakapan dengan satu calon pembeli atau lebih yang ditujukan untuk menciptakan penjualan. Fungsi dari tenaga penjualan adalah:

1. Mengadakan analisa pasar
2. Menentukan komunikasi
3. Memajukan langganan
4. Memperhatikan langganan
5. Mengatasi masalah
6. Mengatur waktu
7. Mengalokasi sumber-sumber
8. Meningkatkan kemampuan diri

c) Publisitas. Publisitas merupakan pembritahuan secara komersial di media Massa atau sponsor secara non pribadi dengan tujuan untuk mendorong permintaan atas produk, jasa, atau ide perusahaan. Sofyan Assauri memandang tentang sifat - sifat yang terdapat pada publisitas dalam buku "Manajemen Pemasaran Dasar, Konsep dan Strategi (260) adalah :

1. Tingkat kebenaran atau kepercayaan yang tinggi

Pemberian publisitas yang diberikan pada masyarakat dianggap sebagai suatu yang benar atau lebih dipercaya daripada bila berita tersebut dikeluarkan dengan sponsor dari penjualan sebagai bertanya tidak memihak.

2. Mendramatisir

Seperti advandasi, publisitas juga mempunyai kemampuan untuk menggambar produk atau jasa perusahaan dalam bentuk cerita yang jelas. Oleh karena itu perusahaan harus dapat

berusaha mempengaruhi para konsumen untuk dapat menciptakan permintaan atau produknya, yang merupakan salah satu bauran pemasaran secara keseluruhan dan dikendalikan dengan baik akan dapat meningkatkan penjualan dan market share.

d) Promosi penjualan. Promosi penjualan merupakan kegiatan pemasaran selain periklanan, personal selling, dan publisitas yang mendorong pembelian barang oleh konsumen. Kegiatan promosi penjualan di antaranya pameran, peragaan, demonstrasi, pembelian contoh (product sampling), kupon atau nota, hadiah, kupon berhadiah, undian dan sebagainya

Adapun fungsi dan tujuan promosi antara lain :

a) Fungsi Promosi Ada beberapa fungsi yang terdapat dalam promosi yaitu :

1. Mencari dan mendapatkan perhatian dari calon pembeli. Perhatian calon pembeli harus diperoleh, karena merupakan titik awal proses pengambilan keputusan di dalam membeli suatu barang dan jasa.
2. Menciptakan dan menumbuhkan interest pada diri calon pembeli. Perhatian yang sudah diberikan oleh seseorang mungkin akan dilanjutkan pada tahap berikutnya atau mungkin berhenti. Yang dimaksudkan dengan tahap berikutnya ini adalah timbulnya rasa tertarik dan rasa tertarik ini yang akan menjadi fungsi utama promosi.
3. Pengembangan rasa ingin tahu (desire) calon pembeli untuk memiliki barang yang ditawarkan. Hal ini merupakan kelanjutan dari tahap sebelumnya. Setelah seseorang tertarik pada sesuatu, maka timbul rasa ingin memilikinya. Bagi calon pembeli merasa mampu (dalam hal harga, cara pemakaiannya, dan sebagainya), maka rasa ingin memilikinya ini semakin besar dan diikuti oleh suatu keputusan untuk membeli.

b) Tujuan Promosi. Ada beberapa tujuan yang terdapat dalam promosi yaitu:

1. Menginformasikan, maksudnya adalah menginformasikan pasar tentang produk baru, mengemukakan manfaat baru sebuah produk, menginformasikan pasar tentang perubahan harga, menjelaskan bagaimana produk bekerja, menggambarkan jasa yang tersedia, memperbaiki kesan yang salah, mengurangi ketakutan pembeli, membangun citra perusahaan.
2. Membujuk, maksudnya mengubah persepsi mengenai atribut produk agar diterima pembeli.

3. Mengingat, maksudnya agar produk tetap diingat pembeli sepanjang masa, mempertahankan kesadaran akan produk yang paling mendapat perhatian.

Setelah diadakan Promosi diharapkan audiens, yaitu adanya pembelian dan kepuasan yang tinggi. Pembelian adalah akhir dari proses komunikasi. Pembeli juga memiliki keterikatan yang tinggi dengan produk yang dikonsumsi.

4. Tempat / Distribusi(place)

Dalam kombinasi bauran pemasaran yang mencakup empat komponen pemasaran salah satunya adalah unsur tempat atau dalam beberapa buku banyak disebutkan sebagai aspek distribusi. Hurriyati menjelaskan untuk produk industri manufaktur place diartikan sebagai saluran distribusi, sedangkan untuk produksi jasa place diartikan sebagai tempat pelayanan jasa.

Dalam perekonomian sekarang ini, produsen tidak langsung menjual hasil produksinya ke konsumen. Akan tetapi dalam mengembangkan pangsa pasar, produsen banyak melalui tahapan perantara untuk memasarkan hasil produksinya.

Beberapa perantara seperti pedagang besar dan pengecer yang membeli dan menjual kembali barang dagangannya disebut pedagang perantara. Selain perantara-perantara itu ada perantara lain guna menunjang pemasaran suatu produk diantaranya makelar, agen penjualan, dan lain sebagainya.

Willian J. Stanto (1986 : 81) membagi gambaran umum mengenai saluran distribusi yang paling banyak digunakan untuk barang hasil produksi buat konsumen atau pemakai industri antara lain:

a) Saluran Distribusi untuk barang konsumsi. Perantara yang melakukan fungsi penyaluran barang dari tangan konsumen ke tangan konsumen akhir ada tiga macam, yaitu agen, pedagang besar dan pengecer. Ada lima macam kombinasi saluran distribusi barang konsumsi.

1) Produsen => Konsumen

Merupakan saluran distribusi paling pendek dan sederhana untuk arang konsumen tanpa campur tangan perantara

2) Produsen => Pengecer => Konsumen

Dalam saluran distribusi ini, perusahaan pengecer besar membeli langsung dari produsen industri

3) Produsen => Pedagang besar => Pengecer => Konsumen

Disebut juga saluran tradisional karna beribu-ribu pengecer kecil dan produsen industri kecil menganggap saluran ini sebagai saluran paling ekonomis. Dalam saluran distribusi semacam ini, produsen hanya melayani penjualan dalam jumlah besar kepada penjual besar saja dan tidak menjual kepada pengecer. Pembelian oleh pengecer dilayani oleh pedagang besar, dan pembelian oleh konsumen dilayani oleh pengecer saja.

4) Produsen => Agen => Pengecer => Konsumen

Dari pada menggunakan pedagang pasar, produsen banyak menggunakan agen, makelar atau agen perantara lain untuk mencapai pasar eceran, khususnya perusahaan besar pengecer. Dalam saluran ini, produsen menggunakan agen sebagai perantara untuk menyalurkan barangnya kepada pedagang besar yang kemudian menjualnya kepada pengecer. Agen yang terlibat dalam saluran distribusi ini terutama agen penjualan.

5) Produsen => Agen => Pedagang besar => Pengecer => Konsumen

Dalam saluran distribusi ini, untuk dapat mencapai pengeceran kecil, produsen juga menggunakan perantara yaitu agen yang menghubungi pedagang besar yang menjual kepada pengecer kecil..

b) Saluran Distribusi untuk barang produksi. Ada empat macam kombinasi saluran pemasaran untuk kelompok barang industri.

1) Produsen => Pemakai Industri

Saluran distribusi langsung/hubungan langsung ini menyalurkan produksi industri dengan nilai dolar lebih besar dibandingkan dengan saluran distribusi lain.

2) Produsen => Distributor Industri => Pemakai

Saluran distribusi menggunakan satu perantara distributor industri. Produsen peralatan assesoris kecil kerap kali memasuki pasaran mereka.

3) Produsen => Agen => Pemakai

Saluran distribusi ini dapat dipakai oleh perusahaan dengan pertimbangan bahwa unit penjualannya terlalu kecil untuk dijual secara langsung. Selain itu faktor penyimpanan pada penyalur perlu dipertimbangkan pula, sehingga agen memegang peran penting dalam

penyimpanan barang. Perusahaan yang hendak memasarkan produk baru atau hendak memasuki pasaran baru lebih suka menggunakan agen dari pada tenaga penjual

4) Produsen => Agen => Distributor Industri => Pemakai

Pada umumnya saluran distribusi semacam ini dipakai oleh produsen yang memiliki department pemasaran. Juga perusahaan yang ingin memperkenalkan barang baru atau ingin memasuki daerah pemasaran baru. Cara ini dipakai dalam keadaan produsen tidak menjual maupun menjual lewat agen lansung kepada pemakai industri.

a) Manajemen Saluran Distribusi. Saluran distribusi pada dasarnya merupakan system perilaku yang kompleks karena didalamnya terjadi interaksi antara manusia dan perusahaan untuk mencapai tujuan pribadi dan tujuan perusahaan. Oleh karenanya saluran distribusi inipun tidak tetap, tetapi dapat berubah sesuai dengan perubahan system.

b) Lokasi yang Strategis. Penentuan lokasi untuk pemasaran juga mempengaruhi jumlah volume penjualan produk yang dihasilkan sebuah perusahaan. Oleh karenanya, sebuah perusahaan akan mencari lokasi yang strategis untuk digunakan sebagai lokasi produksi maupun lokasi distribusinya. Jika berdasarkan penelitian pasar, telah diketahui daerah-daerah potensial sebagai tempat produk yang dihasilkan perusahaan, maka yang terpenting adalah menentukan daerah-daerah strategis tempat para perantara membantu menyalurkan barang hingga sampai ke tangan konsumen.

C. Tango Wafer

Berawal dari kejelian Grup Orang Tua (GOT) dalam membaca peluang pasar, ketika melihat pasar makanan ringan masih dikuasai merek asing yang berharga mahal, GOT dengan gagah berani meluncurkan produk makanan ringan jenis wafer dengan merek Tango. Sebagai diferensiasi, GOT mengemas Tango dalam kemasan mini dan bisa sekali gigit -potongan kecil-kecil. Selain menawarkan kepraktisan, diferensiasi tersebut juga ditujukan untuk menekan harga jual bagi konsumen. Asumsi itu ternyata benar adanya. Produk yang diluncurkan tahun 1995 ini langsung diterima pasar. Perlahan tapi pasti, Tango mulai menancapkan cengkeramannya di pasar wafer di Tanah Air. Apalagi, seperti produk dari GOT lainnya, selalu didukung jaringan distribusi milik PT Artha Boga Cemerlang yang dikenal mampu memenerasi pasar dengan sangat mendalam. Dalam waktu singkat, Tango berhasil menyebar ke seluruh penjuru Tanah Air. Keberadaannya langsung mengereknya menjadi merek wafer terdepan hingga sekarang.

Definisi Pemasaran (Marketing) menurut Kotler dan Amstrong (2008: 6) pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana pribadi atau organisasi memperoleh yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan dan pertukaran nilai dengan yang lain. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemasaran merupakan kegiatan yang dilakukan oleh individu ataupun organisasi yang mencakup proses perencanaan, harga, promosi, dan distribusi terhadap suatu ide, barang atau jasa untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan.

Menurut Harrison (2008: 416) healthcare marketing adalah:

Healthcare Marketing is the process of planning and executing the conception, pricing, promotion and distribution of ideas, goods, services, organisations and events to create exchanges that satisfy individual and organisational objectives. definisi di atas dapat diterjemahkan sebagai berikut, pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi dan distribusi dari ide, barang, jasa, organisasi dan kegiatan untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan tujuan individu dan organisasi. Perusahaan tidak hanya harus berhubungan secara konstruktif dengan pelanggan, pemasok dan penyalur. Melainkan juga harus berhubungan dengan sejumlah besar masyarakat yang berkepentingan. masyarakat (public) adalah setiap kelompok yang memiliki kepentingan atau pengaruh terhadap kemampuan suatu perusahaan mencapai tujuannya saat ini atau pada masa mendatang. hubungan masyarakat (Public relations) meliputi berbagai program yang dirancang untuk mempromosikan atau melindungi citra perusahaan atau masing-masing produknya.

Menurut J.L Thomson (1995) yang dikutip dari Oliver (2007:2) mendefinisikan strategi sebagai cara untuk mencapai sebuah hasil akhir. Hasil akhir menyangkut tujuan dan sasaran organisasi dan strategi kompetitif untuk masing-masing aktivitas. Menurut Anggoro (2005:243) ada tiga pendekatan strategis yang harus dilakukan terhadap humas dan pemasaran yaitu :

Pertama, kedua fungsi itu harus diletakkan sebagai bagian dari keutuhan kelangusungan usaha. Kedua, kegiatannya difokuskan untuk meningkatkan upaya awareness dan

meningkatkan pembelian produk atau jasa yang ditawarkan. dan ketiga, orientasinya harus difokuskan untuk menciptakan kepuasan konsumen dan dimanfaatkan guna membentuk long term customer relationship.

Menurut Kotler, dkk (2008: 76), strategi pemasaran merupakan strategi untuk melayani pasar atau segmen pasar yang di jadikan target oleh perusahaan. definisi strategi pemasaran adalah sebagai berikut: "strategi pemasaran adalah logika pemasaran yang digunakan oleh perusahaan dengan harapan agar unit bisnis dapat mencapai tujuan perusahaan.

Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga, promosi dan distribusi (marketing mix) terhadap pesaing dekatnya.

Menurut Radiosunu (2001: 27), strategi pemasaran didasarkan atas lima konsep strategi berikut:

a. Segmentasi pasar. tiap pasar terdiri dari bermacam-macam pembeli yang mempunyai kebutuhan, kebiasaan membeli dan reaksi yang berbeda-beda.

Perusahaan tak mungkin dapat memenuhi kebutuhan semua pembeli. Karena itu perusahaan harus mengelompokkan kelompokkan pasar yang bersifat heterogen ke dalam satuan-satuan pasar yang bersifat homogen

b. Market positioning. perusahaan tak mungkin dapat menguasai pasar keseluruhan. maka prinsip strategi pemasaran kedua adalah memilih pola spesifik pemusatan pasar yang akan memberikan kesempatan maksimum kepada perusahaan untuk mendapatkan kedudukan yang kuat. dengan kata lain perusahaan harus memilih segmen pasar yang dapat menghasilkan penjualan dan laba yang paling besar.

c. Targeting adalah strategi memasuki segmen pasar yang dijadikan sasaran penjualan.

d. Marketing mix strategy. kumpulan variabel-variabel yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi tanggapan konsumen. variabel-variabel yang dapat mempengaruhi pembeli adalah variabel yang berhubungan dengan product, place, promotion dan price (4P).

e. Timing strategy. penentuan saat yang tepat dalam memasarkan produk merupakan hal yang perlu diperhatikan. meskipun perusahaan melihat adanya kesempatan baik. terlebih dulu harus dilakukan persiapan baik produksi.

Bauran pemasaran merupakan suatu perangkat yang akan menentukan tingkat keberhasilan pemasaran bagi perusahaan, dan semua ini di tunjukan untuk memberikan kepuasan kepada segmen pasar atau konsumen yang dipilih. Pada hakekatnya bauran pemasaran (marketing mix) adalah mengelola unsur-unsur marketing mix supaya dapat mempengaruhi keputusan pembelian konsumen dengan tujuan dapat menghasilkan dan menjual produk dan jasa yang dapat memberikan kepuasan pada pelanggan dan konsumen.

Kotler (2008:18) mendefinisikan bauran pemasaran adalah :

Seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai tujuan pemasaran di dalam pasar sasaran. bauran pemasaran merupakan variabel-variabel terkendali yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi konsumen dari segmen pasar tertentu yang dituju perusahaan.

Mc Carthy (Kotler, 2000:18) mempopulerkan sebuah klasifikasi empat unsur dari alat-alat bauran pemasaran yang dikenal dengan empat P (four PS) yaitu produk (product), harga (price), tempat/distribusi (place), promosi (promotion). Perusahaan perlu mendesain program agar produk mendapat respon dari pasar sasaran. Karena itu perlu alat supaya program tersebut mencapai sasaran. Alat disini adalah program yang bisa dikontrol oleh perusahaan. Alat tersebut lazim disebut bauran pemasaran (marketing mix).

Marketing Mix adalah kombinasi dari 4 atau lebih variabel atau kegiatan yang merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu dikombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi, perusahaan/organisasi tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinir barbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

Menurut Tjandra (2003:170) Marketing Mix terdiri dari 4 P, dalam bidang perumahsakitian dikenal P yang ke-5.

1. P yang pertama adalah product= barang atau jasa yang ditawarkan di pasar untuk dikonsumsi oleh konsumen.

2. P yang kedua adalah price= bukan semata-mata untuk menutupi biaya produksi dan mendapatkan keuntungan, tetapi yang lebih penting akan menunjukkan persepsi konsumen terhadap produk tersebut
3. P yang ketiga adalah place= yang secara umum berarti distribusi yang merupakan upaya agar produk yang ditawarkan dapat berada pada tempat dan waktu yang sesuai dengan kebutuhan konsumen. Dalam rumah sakit, variabel ini dapat diartikan sebagai tempat layanan kesehatan yang diberikan, berikut perasaan kenyamanan, keamanan, dan keramahan yang dirasakan konsumen.
4. P yang keempat adalah promosi= yang dapat berupa communication mix berupa kegiatan penyampaian pesan-pesan perusahaan/produsen kepada konsumen.
5. P yang kelima adalah people = people dapat dibagi 2 yaitu: pemberi jasa yang bersikap job oriented dan customer oriented serta pengguna jasa yang dapat dikelompokkan berdasarkan geografis, demografis, psikografis serta behavioristik.

Menurut Rowland & Rowland (1984), mengemukakan bahwa pengertian Product adalah jenis pelayanan yang diberikan, baik dalam bentuk preventif, diagnostik, terapeutik dan lain-lain. Pelayanan ini harus dilihat dari kacamata konsumen, artinya apa yang dapat diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri, menyembuhkan penyakit, memperpanjang masa hidup, mengurangi kecacatan, dsb. Pengertian price tidak hanya berupa tarif untuk satu jenis pemeriksaan/tindakan, tetapi keseluruhan biaya yang harus dikeluarkan pasien untuk mendapat pelayanan di rumah sakit. Dalam catatan Zeithamil (1998), bahwa penetapan harga yang berorientasi pada pelanggan dimaksudkan adalah nilai produk yang dipersepsikan/dirasakan (perceived value) oleh pelanggan baik manfaat ekonomis dan fungsional (produk industri) maupun manfaat psikologis (produk konsumen).

Marketing mix merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu di kombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi perusahaan tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinasi berbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

D. Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan Teori Marketing Mix dalam Pemasaran Provider Pelayanan Kesehatan ?
2. Sebutkan alasannya mengapa bisa Marketing Mix mengalami perkembangan dalam pemasaran di kesehatan ?

E. Kunci Jawaban

1. Marketing Mix merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu di kombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi perusahaan tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinasi berbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

2. Perbedaan antara pemasaran sektor komersial dan promosi dalam pemasaran Kesehatan menjadi sangat jelas ketika kita mempertimbangkan promosi dari produk atau pelayanan. Sebagai contoh, pengetahuan tentang perilaku dibatasi aturan oleh etik profesional untuk mempromosikan program mereka dengan cara sejujur mungkin. Suksesnya program pemasaran, terutama tergantung pada derajat perpaduan antara lingkungan eksternal dan kemampuan internal organisasi. Dengan demikian program pemasaran sebagai suatu Produsen dan Konsumen Pemasaran di Rumah Sakit atau Klinik seperti : Product, Price Place, Promotion, People proses memadukan (matching process) dan khususnya penting didalam konteks pelayanan.

F. Daftar Pustaka

1. Kotler P, Shalowitz J., Stevens R.J. (2008), Strategic Marketing for Health Care Organizations, First Edition, Jossey Bass : A Wiley Imprint
2. Hartono, B (2010), Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit, Jakarta : PT. Rineka Cipta
3. Kotler, P and Keller, K.L. (2009), Marketing Management, Thirteen Edition, New Jersey : Pearson Prentice-Hall

4. Zeithaml Valarie A., Bitner Mary Jo. (2018), Service Marketing Integrating Customer Focus, 6th Edition, The McGraw-Hill
5. Fitzsimmons & Fitzsimon (2011), Journals

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Ui

Universitas
Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Ui



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa U

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 04
BRANDING UNTUK PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)**

DISUSUN OLEH

Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa U

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2023

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep *Branding* dalam Kesehatan
2. Menguraikan dasar-dasar *Branding* dalam Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami implementasi *Brand Image* di Pelayanan Kesehatan di PPK dengan benar

B. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- b. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- c. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. **Topik Perkuliahan** : Branding di PPK

C. Uraian : HEALTHCARE BRANDING

- A. Definisi dari Branding dalam Jasa Layanan Kesehatan

A. Teori Branding

Teori Strategi branding, atau *Brand strategy*, jika menurut Schultz dan Barnes (1999), dapat diartikan manajemen suatu merek dimana terdapat sebagai kegiatan yang mengatur semua elemen-elemen yang bertujuan untuk membentuk suatu brand. Sedangkan menurut Gelder (2005),¹ “*The brandstrategy defines*

what the brand is supposed to achieve in terms of consumer attitudes and behavior”, yang artinya strategi merek mendefinisikan apa yang seharusnya dicapai suatu brand dalam kaitannya dengan sikap dan perilaku konsumen. Jadi brand *strategy* adalah suatu manajemen brand yang bertujuan untuk mengatur semua elemen brand dalam kaitannya dengan sikap dan perilaku konsumen. Dapat juga diartikan sebagai suatu sistem komunikasi yang mengatur semua kontak point dengan suatu produk atau jasa atau organisasi itu sendiri dengan stakeholder dan secara langsung men-support bisnis strategi secara keseluruhan. Sedangkan menurut Gelder (2005),² yang termasuk ke dalam brand strategy antara lain brand positioning, brand identity, dan brand personality. Sebagai tambahan, menurut Schultz dan Barnes (1999),³ yang juga termasuk ke dalam brand *strategy* yaitu brand *communication*.

Oleh karena itu sangat masuk akal untuk kita pahami bahwa branding bukan hanya membuat target pemasaran kita memilih kita di dalam pasar yang penuh kompetensi ini tetapi juga membuat prospek-prospek pemasaran kita melihat kita sebagai satu-satunya yang dapat memberikan solusi kepada kebutuhan ataupun masalah merek. Objektif dari suatu strategi branding yang baik adalah:

1. Dapat menyampaikan pesan dengan jelas.
2. Dapat mengkonfirmasi kredibilitas pemilik brand tersebut.
3. Dapat menghubungkan dengan target pemasaran yang lebih personal.
4. Memotivasi pembeli.
5. Menciptakan kesetiaan pelanggan.

Sehingga untuk sukses di dalam suatu strategi branding, kita harus memahami kebutuhan serta keinginan dari pelanggan serta prospek atau calon pelanggan kita. Merek atau brand kita seharusnya ada di dalam hati dan pikiran setiap pelanggan, klien serta prospek. Brand merupakan gabungan antara pengalaman serta persepsi mereka yang mana bisa kita pengaruhi dan ada juga yang tidak bisa kita pengaruhi.

B. Media

Media adalah alat (sarana) komunikasi seperti koran, majalah, radio, televisi, film, poster, dan spanduk.⁴ Secara sederhana, istilah media bisa dijelaskan sebagai alat komunikasi sebagaimana definisi yang selama ini diketahui. AECT sebuah organisasi yang bergerak dalam teknologi pendidikan dan komunikasi, mengartikan media sebagai segala bentuk yang digunakan untuk proses penyaluran informasi. Demikian juga Molenda dan Russel mengungkapkan bahwa “*media is a channel of communication, Derived from the latin word for “between”. The term refers to anything that carries information between a source and receiver*”. Robert Hanick, Dkk (1986) mendefinisika media adalah sesuatu yang membawa informasi antara sumber (*source*) dan penerima (*receiver*) informasi.⁵

Kesadaran akan kekuatan media ini pada kenyataanya melihat bahwa media tidak lagi membawa konten semata, tetapi juga membawa konteks di dalamnya. Ungkapan “*the medium is the message*” yang dipopulerkan McLuhan setengah abad lalu membawa kesadaran awal bahwa medium adalah pesan yang bisa mengubah pola pemasaran dan komunikasi, budaya

komunikasi, sampai bahasa dalam komunikasi antar manusia. Oleh karena itu, sangat penting kiranya untuk melihat pandangan Meyrowitz dalam upaya memahami kata “medium” guna memahami bagaimana media beroperasi. Ada tiga ungkapan untuk melihat medium.

Pertama, medium sebagai saluran (*medium-as-vessel/conduit*). Seperti sebuah saluran air, pipa merupakan saluran yang membawa air sesuai dengan alur yang disiapkan. Medium adalah saluran yang membawa pesan atau dalam contoh nyatanya suara adalah konten yang dibawa oleh radio.⁶

Kedua, medium adalah bahasa (*medium-as-language*). Medium adalah bahasa itu sendiri. Ini bermakna bahwa media memiliki sesuatu yang unik yang bisa mewakili ekspresi atau mengandung suatu pesan. Pengalaman emosi yang muncul dengan perantara medium bisa jadi sama dan bisa jadi berbeda antara si pembuat pesan dengan penerima pesan.

Ketiga, Medium sebagai lingkungan (*medium-as-environment*). Maksudnya adalah media tidak bisa dipandang pada teks semata, tetapi juga harus dilihat dalam segi konteks itu sendiri.⁷

Akses terhadap media telah menjadi salah satu kebutuhan primer dari setiap orang. Kehadiran internet dan media sosial memberikan keleluasaan bagi khalayak untuk ikut dalam berkompetisi menyebarkan informasi atau peristiwa yang terjadi di sekitar mereka. Secara sederhana, istilah media bisa di jelaskan sebagai alat komunikasi sebagaimana definisi yang selama ini diketahui. Media telah mempengaruhi seluruh aspek kehidupan, walaupun dalam derajat yang berbeda-beda. Di negara-negara yang telah maju media telah mempengaruhi kehidupan hampir sepanjang waktu.⁸

C. Instagram

Instagram secara sederhana dapat didefinisikan sebagai aplikasi *mobile* berbasis *iOS*, *Android* dan *Windows Phone* dimana pengguna dapat membidik, meng-*edit* dan mem-*posting* foto dan video ke halaman utama instagram dan jejaring sosial lainnya.

Instagram adalah sebuah aplikasi sosial yang populer dalam kalangan pengguna telepon pintar (Smartphone). Nama Instagram diambil dari kata „Insta“ yang asalnya „Instan“ dan „gram“ dari kata „telegram“. Jadi Instagram merupakan gabungan dari kata Instan-Telegram. Dari penggunaan kata tersebut dapat diartikan sebagai aplikasi untuk mengirimkan informasi dengan cepat, yakni dalam bentuk foto yang berupa mengelola foto, mengedit foto, dan berbagi (Share) ke jejaring sosial yang lain. Pengguna aplikasi ini semakin berkembang pesat karena keunggulan yang ditawarkan dari berbagai fitur aplikasi Instagram. Keunggulan itu berupa kemudahan saat pengunggahan foto. Foto yang diunggah bisa diperoleh melalui kamera ataupun di album ponsel. Instagram dapat langsung menggunakan efek-efek untuk mengatur pewarnaan dari foto yang dikehendaki.

Dengan berlatar belakang sebagai aplikasi jejaring sosial yang dikhususkan untuk berbagi foto, Instagram memiliki ciri menarik yakni ada batas foto ke bentuk persegi, mirip dengan gambar Kodak Instamatic dan Polaroid, yang sangat berbeda dengan rasio aspek 16:9 sekarang, yang biasanya digunakan oleh kamera ponsel.

Instagram punya dua pendiri, Yang pertama Kevin Systrom, yang telah dikenal oleh publik sebagai orang yang berkecimpung di dunia App. Systrom tumbuh di daerah pinggiran Asri Boston yang dikenal dengan Nama Holliston. Dia lulus dari Stanford University pada tahun 2006 dengan gelar ganda di bidang teknik dan manajemen. Lalu bergabung di Google selama dua tahun dengan tugas mengurus Gmail dan kemudian bekerja di Tim Pengembangan Korporat. Dengan aktivitasnya yang banyak berkecimpung di dunia media sosial membuat Kevin ingin mengerjakan sesuatu yang merupakan miliknya sendiri. Kemudian Kevin Systrom meluncurkan startup teknologi pertamanya, karena latar belakangnya sebagai seorang pemogram, dia mampu mengelolanya dengan baik. Dia melihat potensi mobile dan ledakan besar App yang fokus pada check-in berbasis lokasi. Setelah itu dia terjun ke dalam arus tersebut dengan sebuah website bernama Burbn.com.

Pemikiran yang pertama kali di kemukakan oleh Sven Windahl (1979) ini merupakan sintesis antara pendekatan uses and gratifications dan teori tradisional (penggunaan) merupakan bagian yang sangat penting atau pokok dalam pemikiran ini. Karena pengetahuan mengenai penggunaan media dan penyebabnya, akan memberikan jalan bagi pemahaman dan perkiraan tentang hasil dari suatu proses komunikasi massa.¹⁰

Boyd dan Ellison (2008) mendefinisikan situs jejaring sosial sebagai layanan berbasis web yang memungkinkan perorangan untuk membangun profil umum atau semi-umum dalam satu sistem yang terbatas, menampilkan pengguna lainnya yang berkaitan dengan mereka, dan melihat-lihat dan

mengamati daftar koneksi yang mereka miliki maupun daftar yang dibuat oleh pengguna lainnya dalam sistem tersebut.

Situs jejaring sosial dianggap sebagai ekstensi diri di dunia maya dan hubungan-hubungan yang ada di dalamnya juga merupakan ekstensi dari hubungan-hubungan yang benar-benar ada. Hal ini, didukung dalam penelitian yang dilakukan Lampe et.al (dalam Puntoadi, 2011) yang menemukan bahwa alasan penggunaan situs jejaring sosial adalah untuk mencari orang-orang yang mereka kenal dan berinteraksi dengan teman-teman tersebut, dan bukan untuk mencari teman baru.

Instagram adalah sebuah aplikasi yang digunakan untuk membagikan foto dan video. Instagram sendiri masih merupakan bagian dari facebook yang memungkinkan teman facebook kita mem-follow akun Instagram kita. Makin populernya Instagram sebagai aplikasi yang digunakan untuk membagi foto membuat banyak pengguna yang terjun ke bisnis online untuk mempromosikan produk-produknya lewat Instagram M Nisrina, (2015).

a. Fungsi

Bagi para pengguna pada umumnya mungkin menganggap bahwa fungsi instagram hanya sebatas interaksi sosial, melakukan share foto dan video serta meningkatkan popularitas dengan banyaknya teman atau followers.

Hal itu memang benar adanya namun fungsi instagram secara luas lebih dari itu saja. Kecermatan serta pemahaman yang dimiliki pengguna

juga menjadi hal yang paling penting agar dapat memanfaatkan setiap aplikasi secara keseluruhan.

1. Interaksi antara pengguna instagram

Hal ini tentu menjadi fungsi utama setiap aplikasisosial media. Sudah sempat dijelaskan sebelumnya bahwa khusus untuk instagram intraksi dapat dilakukan dengan kegiatan share foto dan video dan melalui perpesanan (*Direct Message*). Saat ini juga terdapat fasilitas live record atau yang populer disebut dengan insta story yang memungkinkan perekam video sekaligus berintraksi dengan teman yang ikut menontonnya.

2. Rekomendasi tempat liburan

Tidak bisa dipungkiri sebgaiian besar foto ataupun video yang dibagikan di instagram memberikan informasi dan keindahan suatu tempat wisata.

3. Mencari dan berbagi info atau ilmu pengetahuan

Diantara banyak pengguna di instagram pastinya anda akan menjumpai suatu akun non personal atau personal dengan aktivitas share info atau info ilmu pengetahuan di bidang tertentu. Contoh seperti akun kesehatan, info Destinasi wisata, info Unik atau misteri dan lain-lain.

4. Sebagai sarana pemasaran (*marketing online*)

Di dalam era modern saat ini banyak sekali pebisnis atau penjual produk atau jasa yang mulai memanfaatkan pemasaran secara online (*marketing online*). Tidak hanya melalui website resmi anda juga bisa memanfaatkan sosial media dan dengan semakin populernya Instagram tentunya memberi keuntungan

tersendiri jika produk atau jasanya memberi keuntungan dipasarkan disini, ditambah fitur posting foto yang dapat mendeskripsikan secara jelas produk yang anda tawarkan

b. Fungsi menurut KBBI

Fungsi adalah salah satu kegunaan suatu hal aktivitas yang tergolong pada jenis yang sama berdasarkan sifat atau pelaksanaannya.

D. Sarana

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan alat. terselenggaranya suatu proses usaha, pembangunan, proyek Secara umum Sarana adalah alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan di dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana.

Moenir mengemukakan bahwa sarana adalah segala jenis peralatan, perlengkapan kerja dan fasilitas yang berfungsi sebagai alat utama atau pembantu dalam pelaksanaan pekerjaan, dan juga dalam rangka kepentingan yang sedang berhubungan dengan organisasi kerja.¹² Pengertian yang dikemukakan oleh Moenir, Jelas memberi arah bahwa sarana adalah merupakan seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik

alat tersebut adalah merupakan peralatan pembantu maupun peralatan utama, yang keduanya berfungsi untuk mewujudkan tujuan yang hendak dicapai.

E. Promosi

Promosi adalah suatu aktivitas komunikasi dari pemilik produk atau jasa yang ditujukan kepada masyarakat, dengan tujuan supaya produk atau jasa, merek dan dapat dikenal masyarakat sekaligus mempengaruhi masyarakat supaya mau membeli serta menggunakan produk atau jasa. Tema pokok promosi harus mengikat semua unsur pemasaran, yaitu tempat, produk, dan harga karena ketiga unsur tersebut juga merupakan alat promosi. Keterpaduan unsur-unsur tersebut harus dapat membangun citra produk yang sejalan dengan citra diri konsumen.

Promosi yaitu kegiatan dari pemasaran maupun penjualan dalam rangka untuk menginformasikan dan mendorong permintaan konsumen terhadap produk atau jasa dari suatu perusahaan dengan mempengaruhi konsumen supaya membeli produk atau jasa yang dijual. Promosi merupakan cara yang dilakukan oleh pemasar untuk menginformasikan dan mempengaruhi para konsumen atau masyarakat sehingga dapat tertarik untuk membeli serta menggunakan produk ataupun jasa yang dipasarkannya.

Promosi yaitu kegiatan dari pemasaran maupun penjualan dalam rangka untuk menginformasikan dan mendorong permintaan konsumen terhadap produk atau jasa dari suatu perusahaan dengan mempengaruhi

konsumen supaya membeli produk atau jasa yang dijual. Promosi merupakan cara yang dilakukan oleh pemasar untuk menginformasikan dan mempengaruhi para konsumen atau masyarakat sehingga dapat tertarik untuk membeli serta menggunakan produk ataupun jasa yang dipasarkannya.

Sebagaimana yang dikatakan oleh William J. Stanton (1993:7) bahwa pemasaran adalah “suatu sistem total dari kegiatan bisnis yang dirancang untuk merencanakan, menentukan harga, mempromosikan dan mendistribusikan barang-barang yang dapat memuaskan keinginan dan jasa baik kepada konsumen saat ini maupun konsumen potensial”. Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa dalam pemasaran terdapat empat unsur pokok kegiatan pemasaran yakni produk, harga, promosi dan distribusi yang dimana satu sama lain saling berkaitan. Sehingga untuk menciptakan pemasaran yang baik dan berhasil dalam mencapai tujuan perusahaan serta memberikan kepuasan terhadap konsumen, maka keempat unsur tadi perlu dirancang sebaik mungkin terutama dengan memperhatikan apa yang diinginkan dan dibutuhkan konsumen sesuai dengan konsep pemasaran.

Kotler (2000) mendefinisikan bahwa “bauran pemasaran adalah kelompok kiat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai sasaran pemasarannya dalam pasar sasaran”. Sedangkan Jerome Mc – Carthy dalam Fandy Tjiptono (2004) merumuskan konsep bauran pemasaran menjadi 4P (Product, Price, Promotion dan Place). Menurut Kotler, dkk (2008: 76), strategi pemasaran merupakan strategi untuk melayani pasar atau segmen pasar yang di jadikan target oleh perusahaan. definisi strategi pemasaran adalah sebagai berikut: “strategi pemasaran adalah logika pemasaran yang digunakan oleh perusahaan dengan harapan agar unit bisnis dapat mencapai tujuan perusahaan.

Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga, promosi dan distribusi (marketing mix) terhadap pesaing dekatnya. Menurut Radiosunu (2001: 27), strategi pemasaran didasarkan atas lima konsep strategi berikut:

1. Segmentasi pasar. tiap pasar terdiri dari bermacam-macam pembeli yang mempunyai kebutuhan, kebiasaan membeli dan reaksi yang berbeda-beda.

2. Perusahaan tak mungkin dapat memenuhi kebutuhan semua pembeli. Karena itu perusahaan harus mengelompokkan pasar yang bersifat heterogen ke dalam satuan-satuan pasar yang bersifat homogen
3. Market positioning. perusahaan tak mungkin dapat menguasai pasar keseluruhan. maka prinsip strategi pemasaran kedua adalah memilih pola spesifik pemusatan pasar yang akan memberikan kesempatan maksimum kepada perusahaan untuk mendapatkan kedudukan yang kuat. dengan kata lain perusahaan harus memilih segmen pasar yang dapat menghasilkan penjualan dan laba yang paling besar.
4. Targeting adalah strategi memasuki segmen pasar yang dijadikan sasaran penjualan.
5. Marketing mix strategy. kumpulan variabel-variabel yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi tanggapan konsumen. variabel-variabel yang dapat mempengaruhi pembeli adalah variabel yang berhubungan dengan product, place, promotion dan price (4P).
6. Timing strategy. penentuan saat yang tepat dalam memasarkan produk merupakan hal yang perlu diperhatikan. meskipun perusahaan melihat adanya kesempatan baik. terlebih dulu harus dilakukan persiapan baik produksi.

Mc Carthy (Kotler, 2000:18) mempopulerkan sebuah klasifikasi empat unsur dari alat-alat bauran pemasaran yang dikenal dengan empat P (four PS) yaitu produk (product), harga (price), tempat/distribusi (place), promosi (promotion). Perusahaan perlu mendesain program agar produk mendapat respon dari pasar sasaran. Karena itu perlu alat supaya program tersebut mencapai sasaran. Alat disini adalah program yang bisa dikontrol oleh perusahaan. Alat tersebut lazim disebut bauran pemasaran (marketing mix).

D. Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan Branding dalam Pemasaran Provider Pelayanan Kesehatan ?
2. Sebutkan alasannya mengapa Branding mengalami perkembangan dalam pemasaran di kesehatan ?

E. Kunci Jawaban

1. menurut Gelder (2005),¹ “*The brandstrategy defines what the brand is supposed to achieve in terms of consumer attitudes and behavior*”, yang artinya strategi merek mendefinisikan apa yang seharusnya dicapai suatu brand dalam kaitannya dengan sikap dan perilaku konsumen. Jadi brand *strategy* adalah suatu manajemen brand yang bertujuan untuk mengatur semua elemen brand dalam kaitannya dengan sikap dan perilaku konsumen. Dapat juga diartikan sebagai suatu sistem komunikasi yang mengatur semua kontak point dengan suatu produk atau jasa atau organisasi itu sendiri dengan stakeholder dan secara langsung men-support bisnis strategi secara keseluruhan. Sedangkan menurut Gelder (2005), yang termasuk ke dalam brand strategy antara lain brand positioning, brand identity, dan brand personality. Sebagai tambahan, menurut Schultz dan Barnes (1999), yang juga termasuk ke dalam brand *strategy* yaitu brand *communication*.
2. Kesadaran akan kekuatan branding pada media ini pada kenyataannya melihat bahwa media tidak lagi membawa konten semata, tetapi juga membawa konteks di dalamnya. Ungkapan “*the medium is the message*” yang dipopulerkan McLuhan setengah abad lalu membawa kesadaran awal bahwa medium adalah pesan yang bisa mengubah pola komunikasi, budaya komunikasi, sampai bahasa dalam komunikasi antar manusia. Oleh karena itu, sangat penting kiranya untuk melihat pandangan Meyrowitz dalam upaya memahami kata “medium” guna memahami bagaimana media beroperasi. Ada tiga ungkapan untuk melihat medium.

F. Daftar Pustaka

1. Kotler P, Shalowitz J., Stevens R.J. (2008), Strategic Marketing for Health Care Organizations, First Edition, Jossey Bass : A Wiley Imprint
2. Hartono, B (2010), Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit, Jakarta : PT. Rineka Cipta
3. Kotler, P and Keller, K.L. (2009), Marketing Management, Thirteen Edition, New Jersey : Pearson Prentice-Hall
4. Zeithaml Valarie A., Bitner Mary Jo. (2018), Service Marketing Integrating Customer Focus, 6th Edition, The McGraw-Hill
5. Fitzsimmons & Fitzsimon (2011), Journals

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 05
MARKETING SERVICE DI PROVIDER LAYANAN KESEHATAN (PPK)**

**DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023**

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari Marketing Service di PPK dalam Kesehatan
2. Memahami implementasi teorinya di PPK dengan benar
3. Menguraikan Servis Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan

B. Uraian dan Contoh

Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- g. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- h. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- i. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

Topik Perkuliahan : Marketing Service di PPK

Uraian :

MARKETING SERVICE

Apa yang dimaksud dengan marketing service dan jelaskan bagaimana implementasinya daripada service marketing ? Menurut AMA (2004) disebutkan bahwa “Pemasaran adalah fungsi organisasi dan serangkaian proses penciptaan, mengkomunikasikan, dan menyampaikan nilai bagi para pelanggan, serta mengelola relasi pelanggan sedemikian rupa, sehingga memberikan manfaat bagi organisasi dan para stakeholdernya.” (pelanggan, karyawan, perusahaan lain, persaingan, dan masyarakat secara umum).

Marketing Service adalah suatu proses penciptaan dan penyampaian barang dan jasa yang diinginkan pelanggan, yang meliputi kegiatan yang berkaitan dengan menarik dan mempertahankan pelanggan, guna untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan organisasi/perusahaan.

- Implementasi Marketing
- Informasi manajemen memainkan peran penting dalam pemasaran jasa.
- Informasi tidak hanya dikumpulkan selama riset pasar awal tetapi juga selama layanan (marketing) seluruh proses.
- Informasi dapat menyebar tidak hanya selama tahap komunikasi awal tetapi juga (dan terutama) selama proses produksi layanan.
- Penting untuk memastikan arus informasi yang efektif dalam perusahaan.

Bagaimana kita bisa menciptakan customer service adalah sangat bervariasi dari satu perusahaan dengan perusahaan lain. Kreativitas dan komitmen sangat dibutuhkan dalam hal ini agar perusahaan kita bisa menjadi unik di mata konsumen dan mampu tampil menonjol. Selain mutu produk atau layanan yang diberikan perusahaan, customer service adalah komponen terpenting berikutnya yang menentukan daya tahan dan daya saing suatu perusahaan. Definisi Pemasaran (*Marketing*) menurut Kotler dan Amstrong (2008: 6) pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana pribadi atau organisasi memperoleh yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan dan pertukaran nilai dengan yang lain. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemasaran merupakan kegiatan yang dilakukan oleh individu ataupun organisasi yang mencakup proses perencanaan, harga, promosi, dan distribusi terhadap suatu ide, barang atau jasa untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan.

Menurut Harrison (2008: 416) healthcare marketing services adalah:

Healthcare Marketing is the process of planning and executing the conception, pricing, promotion and distribution of ideas, goods, services, organisations and events to create exchanges that satisfy individual and organisational objectives. definisi di atas dapat diterjemahkan sebagai berikut, pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi

dan distribusi dari ide, barang, jasa, organisasi dan kegiatan untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan tujuan individu dan organisasi.

Perusahaan tidak hanya harus berhubungan secara konstruktif dengan pelanggan, pemasok dan penyalur. Melainkan juga harus berhubungan dengan sejumlah besar masyarakat yang berkepentingan. masyarakat (*public*) adalah setiap kelompok yang memiliki kepentingandalam atau pengaruh terhadap kemampuan suatu perusahaan mencapai tujuannya saat ini atau pada masa mendatang. hubungan masyarakat (*Public relations*) meliputi berbagai program yang dirancang untuk mempromosikan atau melindungi citra perusahaan atau masing-masing produknya.

Menurut Oliver (2007:4) *Public relations* adalah manajemen reputasi organisasi. *Relations* mengidentifikasi persepsi yang dipegang oleh organisasi dan memberi informasi mengenai kinerja organisasi kepada semua audiens yang relevan. *Public relations* menyangkut pengembangan reputasi yang pantas untuk sebuah organisasi, yang didasarkan pada kinerja. reputasi ini tidak harus baik, tetapi hanya yang pantas diperoleh organisasi ini.

Idealnya bahwa antara PR dan *marketing* itu secara struktural sama-sama memiliki department (divisi) sendiri-sendiri. tetapi secara fungsional kedua departemen bersatu untuk mencapai tujuan perusahaan. menurut meskipun antara *Public relations* dan *marketing* secara filosofis berbeda. *Public relations* bertujuan untuk membangun citra (kepada target publik) sedangkan *marketing* bertujuan menjual produk (*product selling*) kepada target market. perpaduan antara dua elemen penting organisasi ini melahirkan konsep “*Marketing Public Relations* ”(MPR).

Menurut Ardianto (2009:120-121) masuknya bidang *Public relations* ke dalam *marketing*, karena peningkatan kebutuhan dan minat konsumen, harga semakin kompetitif, perlu memperluas distribusi, dan banyaknya promosi dari produk/jasa sejenis. berubahnya cara *marketing* dengan memasukkan *Public relations* ke dalamnya disebabkan oleh :

4. Adanya sikap kritis konsumen dan ketatnya pengawasan pemerintah.
5. Penarikan berbagai produk selalu menghiasi berita utama di media

massa.

6. Adanya kesan negatif kepada konsumen kepada setiap produk yang ditawarkan.
7. Perlunya pemasangan iklan dengan muatan yang mencerminkan kebutuhan sosial dan tanggung jawab produsen.
8. Seringkali bermunculan berbagai isu produk dan perusahaan.
9. Masalah citra perusahaan dan produk yang selalu harus dipelihara dan ditingkatkan.

Menurut Kotler dan Keller (2007: 279) *Marketing Public relations* (MPR) dapat membangun kesadaran dengan menempatkan berita di media untuk menarik perhatian orang pada suatu produk, jasa, orang, organisasi atau gagasan. *Marketing Public relations* dapat membangun kredibilitas dengan menyampaikan pesan dalam konteks editorial. *Marketing Public relations* dapat membantu untuk meningkatkan antusiasme tenaga penjualan dan penyalur dengan cerita-cerita mengenai produk baru sebelum diluncurkan. *Marketing Public relations* dapat menurunkan biaya promosi karena *Marketing Public relations* menghabiskan biaya yang lebih rendah daripada surat langsung dan iklan media.

Menurut Ardianto (2009: 121) Peran *Marketing Public Relations* adalah :

Konsep *Public Relations* yang berorientasi pemasaran. Sebelum dan sesudah marketing dijalankan, maka perlu diakses dahulu atau dipelihara oleh *Public Relations* dengan melakukan pembentukan citra (image building) suatu produk atau jasa yang positif. bila citra perusahaan, produk atau jasa sudah positif di mata konsumen, maka mempermudah upaya pemasaran publik untuk menjadi pelanggan.

Marketing Public Relation pada prinsipnya adalah merupakan suatu kegiatan yang terencana dan suatu usaha yang terus menerus untuk dapat memantapkan dan mengembangkan itikad baik (*good will*) dan pengertian yang timbal balik (*mutual understanding*) antara suatu organisasi dengan masyarakat. *Marketing public relations* (MPR) penekanannya bukan pada selling (seperti pada kegiatan periklanan), namun peran pemberian informasi, pendidikan dan upaya peningkatan pengertian lewat penambahan pengetahuan mengenai suatu produk/jasa/perusahaan akan lebih kuat dampaknya dan agar lebih lama diingat

oleh konsumen, maka MPR merupakan suatu konsep yang lebih tinggi dan lengkap dari iklan yang biasa.

Menurut Kotler dan Keller (2008:277), *marketing Public relations* jauh melampauinya hanya sekedar pemberitaan sederhana dan memegang peran penting dalam tugas-tugas berikut :

- g. Membantu peluncuran produk-produk baru
- h. Membantu memposisikan kembali produk yang sudah matang
- i. Membangun minat terhadap kategori produk
- j. Mempengaruhi kelompok sasaran tertentu
- k. Membela produk yang telah menghadapi masalah publik
- l. Membangun citra korporat yang tercermin baik dalam produk-produknya.

F. Strategi Marketing Service dalam Provider Pelayanan Kesehatan

Menurut J.L Thomson (1995) yang dikutip dari Oliver (2007:2) mendefinisikan strategi sebagai cara untuk mencapai sebuah hasil akhir. Hasil akhir menyangkut tujuan dan sasaran organisasi dan strategi kompetitif untuk masing-masing aktivitas. Menurut Anggoro (2005:243) ada tiga pendekatan strategis yang harus dilakukan terhadap humas dan pemasaran. Kedua fungsi itu harus diletakkan sebagai bagian dari keutuhan kelangusungan usaha. Kedua, kegiatannya difokuskan untuk meningkatkan upaya awareness dan meningkatkan pembelian produk atau jasa yang ditawarkan. dan ketiga, orientasinya harus difokuskan untuk menciptakan kepuasan konsumen dan dimanfaatkan guna membentuk *long term customer relationship*.

Menurut Kotler, dkk (2008: 76), strategi pemasaran merupakan strategi untuk melayani pasar atau segmen pasar yang di jadikan target oleh perusahaan. definisi strategi pemasaran adalah sebagai berikut: "strategi pemasaran adalah logika pemasaran yang digunakan oleh perusahaan dengan harapan agar unit bisnis dapat mencapai tujuan perusahaan.

Merancang strategi pemasaran yang kompetitif dimulai dengan melakukan analisis terhadap pesaing. perusahaan membandingkan nilai dan kepuasan

pelanggan dengan nilai yang diberikan oleh produk, harga, promosi dan distribusi (*marketing mix*) terhadap pesaing dekatnya.

Menurut Radiosunu (2001: 27), strategi pemasaran didasarkan atas lima konsep strategi berikut:

f. Segmentasi pasar. tiap pasar terdiri dari bermacam-macam pembeli yang mempunyai kebutuhan, kebiasaan membeli dan reaksi yang berbeda-beda.

Perusahaan tak mungkin dapat memenuhi kebutuhan semua pembeli. Karena itu perusahaan harus mengelompokkan pasar yang bersifat heterogen ke dalam satuan-satuan pasar yang bersifat homogen

g. *Market positioning*. perusahaan tak mungkin dapat menguasai pasar keseluruhan. maka prinsip strategi pemasaran kedua adalah memilih pola spesifik pemusatan pasar yang akan memberikan kesempatan maksimum kepada perusahaan untuk mendapatkan kedudukan yang kuat. dengan kata lain perusahaan harus memilih segmen pasar yang dapat menghasilkan penjualan dan laba yang paling besar.

h. *Targeting* adalah strategi memasuki segmen pasar yang dijadikan sasaran penjualan.

i. *Marketing mix strategy*. kumpulan variabel-variabel yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi tanggapan konsumen. variabel-variabel yang dapat mempengaruhi pembeli adalah variabel yang berhubungan dengan *product, place, promotion* dan *price* (4P).

j. *Timing strategy*. penentuan saat yang tepat dalam memasarkan produk merupakan hal yang perlu diperhatikan. meskipun perusahaan melihat adanya kesempatan baik. terlebih dulu harus dilakukan persiapan baik produksi.

Menurut Kotler & Ketler, dkk (2008:279), alat-alat utama *Marketing Public Relations* antara lain:

h. Terbitan

Perusahaan-perusahaan sangat mengandalkan bahan-bahan yang diterbitkan untuk menjangkau dan mempengaruhi pasar sasarannya. bahan-bahan ini mencakup: brosur, artikel, berita berkala dan majalah perusahaan, laporan tahunan, dan bahan-bahan audio visual.

i. Acara-acara

Universitas Esa Unggul

86 / 426

<http://esaunggul.ac.id>

Perusahaan-perusahaan dapat menarik perhatian pada produk-produk baru atau kegiatan-kegiatan perusahaan lainnya dengan menyelenggarakan acara-acara khusus seperti konferensi berita, seminar, tamasya, pameran dagang, pemaangan produk, kontes dan kompetisi

j. Pemberian dana sponsor

Perusahaan-perusahaan dapat mempromosikan mereka dan nama perusahaannya dengan mensponsori pertandingan olahraga dan acara budaya dan tujuan-tujuan yang sangat dihargai.

k. Berita

Salah satu tugas utama profesional humas adalah menemukan atau menciptakan berita yang menguntungkan tentang perusahaan tersebut, produknya dan orang-orangnya, dan mengupayakan agar media menerima siaran pers dan menghadiri konferensi pers.

l. Ceramah

Makin banyak eksekutif perusahaan harus menjawab dengan tangkas pertanyaan-pertanyaan dari media atau member ceramah dalam perhimpunan-perhimpunan perdagangan atau rapat-rapat penjualan, dan penampilan ini dapat membangun citra perusahaan tersebut.

m. Kegiatan layanan masyarakat

Perusahaan-perusahaan dapat membangun kehendak baik dengan menyumbangkan uang dan waktu untuk tujuan-tujuan yang baik.

n. Media Identitas

Perusahaan-perusahaan membutuhkan identitas visual yang langsung dikenal masyarakat. identitas visual tersebut terdapat dalam logo perusahaan, alat tulis, brosur, tanda, formulir bisnis, kartu nama, bangunan, seragam, dan aturan berpakaian.

Di dalam penelitian ini, peneliti akan memfokuskan pada beberapa alat utama *marketing Public relations* yaitu terbitan, acara-acara (*event*) dan pemberian dana sponsorship, sebagai bagian dari aktivitas yang biasa dilakukan oleh perusahaan Rumah Sakit Sari Mutiara dalam membangun Citra Perusahaan.

G. Strategi Komunikasi dalam Marketing

Menurut Hallahan (1988) yang dikutip dari Iriantara (2004: 110) bahwa strategi komunikasi ini akan berkaitan dengan bagaimana mewujudkan gagasan sehingga bisa mencapai objektif yang ditetapkan. dalam strategi ini biasanya dinyatakan apa yang akan dilakukan. dalam menyusun strategi komunikasi ada beberapa hal yang mesti diperhatikan.

- d. **Khalayak.** tentukan khalayak mana yang akan dijangkau oleh kegiatan komunikasi sejalan dengan objektif yang sudah ditetapkan. dalam penyusunan strategi ini, penting untuk memprioritaskan publik organisasi. Namun, dengan tidak melupakan publik intermediary (berpengaruh) yang akan membantu mengkomunikasikan pesan.
- e. **Tema.** pesan yang disusun pun harus konsisten dengan objektif. tema yang baik adalah tema yang jelas, langsung, relevan, aktual, dan jujur. selain itu bisa juga kreatif, dramatis atau bernilai berita. harap diingat, tema itu tidak sama dengan slogan.
- f. **Event dan Media.** di sini mempertimbangkan bagaimana pesan itu disampaikan. apakah media publik, media interaktif, media yang terkontrol, komunikasi tatap muka, ataukah menyelenggarakan kegiatan atau membuat kegiatan. media dan events yang dipilih dilakukan dengan mempertimbangkan khalayak yang dijangkau melalui kegiatan komunikasi tersebut.

H. Bauran Pemasaran (*Marketing Mix*) di Rumah Sakit atau Provider Pelayanan Kesehatan

Marketing mix merupakan variabel-variabel yang dipakai oleh perusahaan sebagai sarana untuk memenuhi atau melayani kebutuhan dan keinginan konsumen. variabel yang terdapat didalamnya adalah produk, harga, distribusi, dan promosi. keempat elemen ini sangat menentukan arah dari strategi pemasaran perusahaan. strategi tersebut merupakan rencana jangka panjang yang digunakan sebagai pedoman bagi kegiatan-kegiatan personalia pemasaran.

Bauran pemasaran merupakan suatu perangkat yang akan menentukan tingkat keberhasilan pemasaran bagi perusahaan, dan semua ini di tunjukan untuk memberikan kepuasan kepada segmen pasar atau konsumen yang dipilih. Pada hakekatnya bauran pemasaran (*marketing mix*) adalah mengelola unsur-unsur

marketing mix supaya dapat mempengaruhi keputusan pembelian konsumen dengan tujuan dapat menghasilkan dan menjual produk dan jasa yang dapat memberikan kepuasan pada pelanggan dan konsumen.

Kotler (2008:18) mendefinisikan bauran pemasaran adalah :

Seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai tujuan pemasaran di dalam pasar sasaran. bauran pemasaran merupakan variabel-variabel terkendali yang dapat digunakan perusahaan untuk mempengaruhi konsumen dari segmen pasar tertentu yang dituju perusahaan.

Mc Carthy (Kotler, 2000:18) mempopulerkan sebuah klasifikasi empat unsur dari alat-alat bauran pemasaran yang dikenal dengan empat P (four PS) yaitu produk (*product*), harga (*price*), tempat/distribusi (*place*), promosi (*promotion*). Perusahaan perlu mendesain program agar produk mendapat respon dari pasar sasaran. Karena itu perlu alat supaya program tersebut mencapai sasaran. Alat disini adalah program yang bisa dikontrol oleh perusahaan. Alat tersebut lazim disebut bauran pemasaran (*marketing mix*).

Marketing Mix adalah kombinasi dari 4 atau lebih variabel atau kegiatan yang merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu dikombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi, perusahaan/organisasi tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinir berbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

Menurut Rowland & Rowland (1984), mengemukakan bahwa pengertian Product adalah jenis pelayanan yang diberikan, baik dalam bentuk preventif, diagnostik, terapeutik dan lain-lain. Pelayanan ini harus dilihat dari kacamata konsumen, artinya apa yang dapat diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri, menyembuhkan penyakit, memperpanjang masa hidup, mengurangi kecacatan, dsb. Pengertian price tidak hanya berupa tarif untuk satu jenis pemeriksaan/tindakan, tetapi keseluruhan biaya yang harus dikeluarkan pasien untuk mendapat pelayanan di rumah sakit. Dalam catatan Zeithamil (1998),

bahwa penetapan harga yang berorientasi pada pelanggan dimaksudkan adalah nilai produk yang dipersepsikan/dirasakan (*perceived value*) oleh pelanggan baik manfaat ekonomis dan fungsional (produk industri) maupun manfaat psikologis (produk konsumen).

Pengertian *place* di rumah sakit meliputi tempat pelayanan, waktu yang dihabiskan, konsep rujukan, dan lain-lain. Lokasi fasilitas seringkali menentukan kesuksesan suatu jasa, karena lokasi erat kaitannya dengan pasar potensial suatu perusahaan. Misalnya rumah sakit umumnya menempati daerah yang cukup luas dan berlokasi dekat daerah yang padat penduduknya, karena rumah sakit bertujuan untuk melayani masyarakat umum secara luas.

Pemilihan tempat dan lokasi memerlukan pertimbangan yang cermat terhadap beberapa faktor berikut:

8. Akses, misalnya lokasi yang dilalui atau mudah dijangkau sarana transportasi umum
9. Visibilitas, misalnya lokasi yang dapat dilihat dengan jelas dari tepi jalan
10. Tempat parkir yang aman dan luas
11. Ekspansi, yaitu tersedia tempat yang cukup luas untuk perluasan usaha dikemudian hari
12. Lingkungan, yaitu daerah sekitar yang mendukung jasa yang ditawarkan.
13. Persaingan, yaitu lokasi pesaing.
14. Peraturan pemerintah

Menurut Rambat, dkk (2006:70), desain dan tata letak fasilitas jasa, keadaan (*setting*) dan lingkungan tempat penyampaian jasa merupakan aspek yang tidak kalah pentingnya dan tidak boleh dilupakan dalam desain jasa. Persepsi pelanggan terhadap suatu jasa dapat dipengaruhi oleh atmosfer (suasana) yang dibentuk oleh eksterior dan interior fasilitas tempat tersebut. Adapun unsur-unsur yang perlu diperhatikan adalah perencanaan ruangan, perlengkapan/perabotan, tata cahaya dan warna.

Menuru Boy S. Sabarguna (2004:1), Sementara itu konsep promosi di rumah sakit adalah bagaimana pasien tahu tentang jenis pelayanan yang ada di rumah sakit, bagaimana mereka termotivasi untuk menggunakan, lalu menggunakan secara berkesinambungan dan menyebarkan informasi itu kepada

rekan-rekannya. Promosi merupakan proses mengkomunikasikan variabel bauran pemasaran yang sangat penting dilaksanakan oleh perusahaan dalam memasarkan produk. Inti dari kegiatan promosi adalah suatu bentuk kegiatan komunikasi pemasaran yang berusaha untuk menyebarkan informasi, mempengaruhi, mengingatkan pasar sasaran agar bersedia menerima, membeli, dan loyal produk yang ditawarkan oleh perusahaan.

Promosi atau pemasaran di rumah sakit masih dianggap sebagai sesuatu yang wajar. Tetapi dalam melakukan, ada hal-hal yang harus diperhatikan:

6. Tidak boleh meremehkan atau menjelek-jelekkan rumah sakit lain.
7. Memberikan informasi yang jujur dan tidak berlebih-lebihan.
8. Tidak menjanjikan sesuatu yang tidak mungkin diberikan.
9. Memberikan kesempatan kepada pasien atau calon pasien untuk bertanya dan dijawab dengan sejujur-jujurnya.
10. Menghormati hak pasien untuk memilih rumah sakit manapun juga.

Perbedaan antara pemasaran sektor komersial dan promosi dalam pemasaran marketing menjadi sangat jelas ketika kita mempertimbangkan promosi dari produk atau pelayanan. Sebagai contoh, pengetahuan tentang perilaku dibatasi aturan oleh etik profesional untuk mempromosikan program mereka dengan cara sejelas mungkin.

Suksesnya program pemasaran, terutama tergantung pada derajat perpaduan antara lingkungan eksternal dan kemampuan internal organisasi. Dengan demikian program pemasaran sebagai suatu Produsen dan Konsumen Pemasaran di Rumah Sakit Strategi Etika Tugas Semua Orang Marketing Mix Terorganisasi Baik *Product, Price Place, Promotion, People* proses memadukan (*matching process*) dan khususnya penting didalam konteks pelayanan.

Marketing mix merupakan inti dari sistem pemasaran perusahaan. Kegiatan-kegiatan ini perlu di kombinasi dan dikoordinir agar perusahaan dapat melakukan tugas pemasarannya seefektif mungkin. Jadi perusahaan tidak hanya sekedar memilih kombinasi yang terbaik saja, tetapi juga harus mengkoordinasi berbagai macam elemen dari marketing mix tersebut untuk melaksanakan program pemasaran secara efektif.

I. Citra dan Servis Perusahaan

Menurut Kotler (2007: 338) citra adalah cara masyarakat mempersepsikan (memikirkan) perusahaan atau produknya. Citra perusahaan adalah citra dari suatu organisasi secara keseluruhan, bukan sekedar citra atas produk ataupun layanannya. Menurut Lawrence L. Steinmetz dalam Siswanto Sutojo (2004:1) citra perusahaan dapat diartikan persepsi masyarakat terhadap jati diri perusahaan.

Elvirano (2004:120) citra perusahaan adalah:

Citra yang berkaitan dengan sosok perusahaan sebagai tujuan utamanya. bagaimana citra perusahaan yang positif lebih dikenal serta diterima publiknya, mungkin tentang sejarah, kualitas, pelayanan prima, keberhasilan dalam bidang pemasarannya dan hingga berkaitan dengan tanggung jawab sosialnya.

Citra perusahaan secara lebih khusus sebagai kesan, perasaan, dan konsep yang diberikan masyarakat kepada perusahaan, yang dapat pula mereka ciptakan kepada objek lain, seseorang, ataupun suatu organisasi tertentu. dapat disimpulkan bahwa citra perusahaan adalah persepsi masyarakat terhadap suatu perusahaan secara keseluruhan.

1. Unsur Citra Servis dari Perusahaan

Shirley Harison dalam bukunya *Marketers Guide to Public relations* , membagi empat unsur dalam citra perusahaan, diantaranya ;

- a. *Personality*, keseluruhan karakteristik perusahaan yang dipahami oleh lingkungan luar perusahaan. unsur yang pertama dalam citra ini akan memberikan gambaran umum perusahaan secara keseluruhan, seperti perusahaan yang terpercaya, atau perusahaan yang bertanggung jawab sosial.
- b. *Reputation*, keyakinan publik terhadap perusahaan berdasar pengalaman pribadi atau orang lain atas output yang dihasilkan perusahaan.
- c. *Value/Ethics*, nilai-nilai dan filosofi yang dianut perusahaan, termasuk didalamnya kebijakan internal dan interaksi eksternal dengan pihak luar yang berhubungan dengan perusahaan.
- d. *Corporate Identity*, identitas dalam nama, simbol, logo, warna dan ritual untuk memunculkan perusahaan, merek, dan kepentingan perusahaan.

James R.

Gregory dalam buku Siswanto (2004:14) menyatakan identitas perusahaan terdiri dari dua elemen pokok yaitu nama dan logo perusahaan. Suatu identitas perusahaan diharapkan efektif apabila perusahaan dan *design consultant* yang membantu merencanakan desain identitas memperhatikan hal-hal berikut :

- e. Identitas singkat tapi jelas, tidak membingungkan, tidak asal, orisinal, dan tidak mudah dilupakan.
- f. Membawa arti tertentu.
- g. Logo dapat digunakan secara fleksibel.
- h. Tidak cepat membosankan.

Faktor penunjang keberhasilan membangun citra perusahaan menurut Siswanto Sutojo (2004: 39) keberhasilan perusahaan membangun citra dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Dari sekian banyak faktor tersebut, lima diantaranya sangat berpengaruh besar dalam pembentukan citra perusahaan. kelima faktor tersebut adalah sebagai berikut :

- f. Citra dibangun berdasarkan orientasi terhadap manfaat yang dibutuhkan dan diinginkan kelompok sasaran. perusahaan boleh saja membangun citra tentang produk mereka. betapapun indahnya kemasan yang mereka gunakan untuk membangun citra yang diinginkan, namun apabila sasaran tidak melihat manfaat apa yang mereka peroleh, sulit diharapkan mereka tertarik pada citra perusahaan. manfaat yang ditonjolkan cukup realistis.
- g. Citra yang ditunjukkan kepada kelompok sasaran hendaknya realistis sehingga mudah dipercaya. kelompok sasaran cenderung bersikap sinis atau negatif terhadap penonjolan citra perusahaan yang tidak realistis.
- h. Citra yang ditonjolkan tepat. manfaat yang dibutuhkan dan diinginkan segmen-segmen kelompok sasaran dari perusahaan atau produk umumnya beraneka warna, idealnya perusahaan yang ingin menarik beberapa segmen sekaligus menonjolkan lebih dari satu jenis citra. setiap perusahaan hendaknya memilih citra yang tepat.
- i. Citra yang ditonjolkan mudah dimengerti kelompok sasaran. kelompok sasaran tidak mempunyai banyak waktu untuk memahami berbagaimacam citra yang ditonjolkan oleh banyak perusahaan. oleh karena itu setiap perusahaan yang ingin menonjolkan citranya wajib berusaha agar citra itu mudah dipahami

kelompok sasaran mereka.

- j. Citra yang ditonjolkan merupakan sarana, bukan tujuan usaha. faktor penting lain yang wajib disadari para pengusaha adalah citra perusahaan atau produk yang mereka bangun itu adalah sarana untuk membangun usaha, bukan tujuan usaha itu sendiri.

2. Manfaat Citra Servis Yang Baik

Menurut Siswanto (2004: 3) citra yang baik membawa banyak manfaat yang bernilai bagi perusahaan, di antaranya adalah :

- f. Daya saing jangka menengah dan panjang yang mantap. citra perusahaan yang baik dan kuat akan tumbuh menjadi kepribadian perusahaan yang tidak mudah ditiru oleh perusahaan lain. citra baik perusahaan dapat menjadi tembok pembatas bagi perusahaan saingan yang ingin memasuki segmen pasar dilayani perusahaan tersebut. apabila dikelola secara efektif citra juga dapat melindungi perusahaan dari serangan perusahaan baru. citra juga dapat melindungi perusahaan dari pesaing lama yang memasarkan barang tau jasa baru.
- g. Menjadi perisai selama masa krisis. walau dikelola dengan manajemen yang handal sekalipun, tidak selamanya operasi bisnis perusahaan berjalan mulus. Ada kalanya bagi perusahaan untuk menghadapi masa krisis akibat beberapa kesalahan. perusahaan dengan citra yang baik, sebagian masyarakat akan memaafkan kelalaian atau kesalahan tersebut karena seperti halnya seorang manusia, tidak selamanya dalam kegiatan operasionalnya perusahaan berada dalam kondisi yang sempurna.
- h. Menjadi daya tarik eksekutif handal. eksekutif handal merupakan salah satu aset berharga bagi perusahaan. mereka adalah para pelaku yang membuat perusahaan dapat mencapai tujuan jangka pendek dan menengah dapat tercapai. Sebuah perusahaan dengan citra yang buruk tidak akan mudah merekrut dan mempertahankan eksekutif yang handal.
- i. Meningkatkan efektifitas strategi pemasaran. harapan perusahaan dengan citra yang baik untuk berhasil menerjunkan produk atau merek baru dipasar, jauh lebih besar dibandingkan perusahaan yang belum banyak dikenal dimasyarakat.
- j. Penghematan biaya operasional. salah satu contoh mudah dalam penghematan biaya operasional yaitu ketika pihak perusahaan mencoba mempromosikan

produk mereka kepasar, perusahaan dengan citra baik membutuhkan usaha dan biaya yang sedikit dibandingkan dengan perusahaan baru yang belum dikenal konsumen.

Jadi, citra yang baik membawa banyak manfaat bagi perusahaan yakni menjadi daya saing jangka menengah dan panjang yang mantap, menjadi perisai selama masa krisis, menjadi daya tarik eksekutif handal, meningkatkan efektifitas strategi pemasaran, dan penghematan biaya operasional.

3. Membangun Citra PPK Melalui Program *Corporate Social Responsibility* (CSR)

Dalam *News Of Perhumas* (2004) disebutkan bagi suatu perusahaan, reputasi dan citra korporat merupakan aset yang paling utama dan tak ternilai harganya. oleh karena itu segala upaya, daya dan biaya digunakan untuk memupuk, merawat serta menumbuh kembangkannya. beberapa aspek yang merupakan unsur pembentuk citra & reputasi perusahaan antara lain; (1) kemampuan finansial, (2) mutu produk dan pelayanan, (3) fokus pada pelanggan, (4) keunggulan dan kepekaan SDM, (5) reliability, (6) inovasi, (7) tanggung jawab lingkungan, (8) tanggung jawab sosial, dan (9) penegakan *Good Corporate Governance* (GCG).

Program CSR masuk dalam aspek tanggung jawab lingkungan dan tanggung jawab sosial. berdasarkan sifatnya, pelaksanaan program CSR dapat dibagi dua, yaitu :

3. Program pengembangan masyarakat (*Community Development*); dan
4. Program pengembangan hubungan/relasi dengan publik (*Relations Development*)

Kotler dan Keller (2007:25) memberikan penekanan terhadap konsep pemasaran bertanggung jawab sosial bahwa suatu organisasi adalah menetapkan kebutuhan, keinginan dan kepentingan pasar sasaran dan menyerahkan kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien ketimbang pesaing dengan cara memelihara atau meningkatkan kesejahteraan konsumen dan masyarakat.

Kotler dan Keller (2007:27) memberikan penjelasan *Corporate Social Initiatives* sebagai garis besar pelaksanaan pemasaran yang bertanggung jawab

sosial. *Corporate Social Initiatives* sebagai aktifitas utama perusahaan untuk mendukung program sosialnya dan untuk mendukung komitmen *Corporate Social Responsibility*.

Konsep pemasaran bertanggung jawab sosial dinilai sejalan dengan konsep *Corporate Social Responsibility*, dan *Marketing Service* yang berisikan kegiatan-kegiatan sosial yang dilakukan perusahaan sebagai bentuk tanggung jawab perusahaan. bahkan banyak terminologi yang dipertukarkan dengan konsep *Corporate Social Responsibility* sebut saja *social investing*, *corporate responsibility*, *corporate citizenship* dan masih banyak lainnya. tapi semuanya menuju satu muara yaitu untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan (*sustainability development*). untuk mencapai tujuan ini *Corporate Social Responsibility* perusahaan haruslah merupakan upaya untuk meminimumkan dampak negatif dan untuk memaksimumkan dampak positif baik bagi masyarakat (sosial) maupun lingkungan.

Berdasar pada *Trinidad and Tobacco Bureau of Standards (TTBS)*, *Corporate Social Responsibility* diartikan sebagai komitmen usaha untuk bertindak etis, beroperasi secara legal dan berkontribusi untuk peningkatan ekonomi bersamaan dengan peningkatan kualitas hidup dari karyawan dan keluarganya, komuniti lokal dan masyarakat secara lebih luas. (Budimanta, 2004:72).

World Business Council for Sustainable Development mendefinisikan *Corporate Social Responsibility* sebagai komitmen berkelanjutan kalangan bisnis untuk berperilaku etis dan memberikan sumbangan pada pembangunan ekonomi sekaligus memperbaiki mutu hidup angkatan kerja dan keluarganya serta komunitas lokal dan masyarakat secara keseluruhan (Iriantara, “*Manajemen Strategis Public relations*”, 2004: 49)

CSR Forum mendefinisikan *Corporate Social Responsibility* sebagai: bisnis yang dilakukan secara transparan dan terbuka serta berdasarkan pada nilai-nilai moral dan menjunjung tinggi rasa hormat kepada karyawan, komunitas dan lingkungan (Wibisono, 2007:8). *Corporate Social Responsibility* memiliki kemampuan untuk meningkatkan citra perusahaan karena jika perusahaan menjalankan tata kelola bisnisnya dengan baik dan mengikuti peraturan yang telah

ditetapkan oleh pemerintah maka pemerintah dan masyarakat akan memberikan keleluasaan bagi perusahaan tersebut untuk beroperasi di wilayah mereka.

Citra positif ini akan menjadi asset yang sangat berharga bagi perusahaan dalam menjaga keberlangsungan hidupnya saat mengalami krisis. (Kotler & Nancy, 2005). melihat pentingnya pelaksanaan *Corporate Social Responsibility* dalam membantu perusahaan menciptakan citra positifnya maka perusahaan seharusnya melihat *Corporate Social Responsibility* bukan sebagai sentra biaya (*cost center*) melainkan sebagai sentra laba (*profit center*) di masa mendatang. logikanya sederhana, jika *Corporate Social Responsibility* diabaikan kemudian terjadi insiden. maka biaya yang dikeluarkan untuk biaya *recovery* bisa jadi lebih besar dibandingkan biaya yang ingin dihemat melalui peniadaan *Corporate Social Responsibility* itu sendiri. hal ini belum termasuk pada resiko non-finansial yang berupa memburuknya citra perusahaan di mata publiknya (Wibisono: 2007). Berdasarkan definisi-definisi yang ada, penulis menyimpulkan; *Corporate Social Responsibility* adalah komitmen perusahaan untuk memberikan kontribusi jangka panjang terhadap satu issue tertentu di masyarakat atau lingkungan untuk dapat menciptakan lingkungan yang lebih baik. kontribusi dari perusahaan ini bisa berupa banyak hal, misalnya : bantuan dana, bantuan tenaga ahli dari perusahaan, bantuan berupa barang, dan lainnya.

Konsep *Corporate Social Responsibility* diukur dalam Marketing Service dengan menggunakan lima pilar aktivitas *Corporate Social Responsibility* dari *Prince of Wales International Bussiness Forum* (Wibisono, 2007: 119) yaitu :

6. *Building Human Capital*

Secara internal, perusahaan dituntut untuk menciptakan SDM yang handal. Secara eksternal, perusahaan dituntut untuk melakukan pemberdayaan masyarakat, biasanya melalui *community development*.

7. *Strengthening Economies*

Perusahaan dituntut untuk tidak menjadi kaya sendiri sementara komunitas di lingkungannya miskin, mereka harus memberdayakan ekonomi sekitar.

8. *Assessing Social Chesion*

Perusahaan dituntut untuk menjaga keharmonisan dengan masyarakat sekitarnya agar tidak menimbulkan konflik.

9. *Encouraging Good Governence*

Dalam menjalankan bisnisnya, perusahaan harus menjalankan tata kelola bisnis dengan baik.

10. *Protecting The Environment*

Perusahaan berupaya keras menjaga kelestarian lingkungan.

Latihan

1. Apakah yang dimaksud dengan Marketing Service dalam Pemasaran PPK ?
2. Sebutkan alasannya mengapa hal tersebut penting dalam pemasaran kesehatan ?

Kunci Jawaban

1. *Marketing Service* adalah suatu proses penciptaan dan penyampaian barang dan jasa yang diinginkan pelanggan, yang meliputi kegiatan yang berkaitan dengan menarik dan mempertahankan pelanggan, guna untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan organisasi/perusahaan.
 - Implementasi Marketing
 - Informasi manajemen memainkan peran penting dalam pemasaran jasa.
 - Informasi tidak hanya dikumpulkan selama riset pasar awal tetapi juga selama layanan (marketing) seluruh proses.
 - Informasi dapat menyebar tidak hanya selama tahap komunikasi awal tetapi juga (dan terutama) selama proses produksi layanan.
 - Penting untuk memastikan arus informasi yang efektif dalam perusahaan.
2. Bagaimana kita bisa menciptakan customer service adalah sangat bervariasi dari satu perusahaan dengan perusahaan lain. Kreativitas dan komitmen sangat dibutuhkan dalam hal ini agar perusahaan kita bisa menjadi unik di mata konsumen dan mampu tampil menonjol. Selain mutu produk atau layanan yang diberikan perusahaan, customer service adalah komponen terpenting berikutnya yang menentukan daya tahan dan daya saing suatu perusahaan. Definisi Pemasaran (*Marketing*) menurut Kotler dan Armstrong (2008: 6) pemasaran

adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana pribadi atau organisasi memperoleh yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan dan pertukaran nilai dengan yang lain. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemasaran merupakan kegiatan yang dilakukan oleh individu ataupun organisasi yang mencakup proses perencanaan, harga, promosi, dan distribusi terhadap suatu ide, barang atau jasa untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan.

Daftar Pustaka

Kotler P, Shalowitz J., Stevens R.J. (2008), Strategic Marketing for Health Care Organizations, First Edition, Jossey Bass : A Wiley Imprint

Kotler, P and Keller, K.L. (2009), Marketing Management, Thirteen Edition, New Jersey : Pearson Prentice-Hall

Zeithaml Valarie A., Bitner Mary Jo. (2018), Service Marketing Integrating Customer Focus, 6th Edition, The McGraw-Hill

Fitzsimmons & Fitzsimon (2011), Journals

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 06
BISNIS STRATEGI DI PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)**

**DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)**

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2023

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep Bisnis Strategi dalam Pemasaran Kesehatan
2. Menguraikan alur proses Bisnis Strategi Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan (PPK)
3. Memahami manfaat Bisnis Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di PPK

B. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- b. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- c. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. Topik Perkuliahan : Bisnis Strategi di Provider Pelayanan Kesehatan (PPK)

C. Uraian :

ANALISIS SITUASI BISNIS KESEHATAN

Aspek utama dalam perencanaan pemasaran adalah mengetahui keadaan dan posisi organisasi ataupun sasaran melalui analisis situasi baik internal maupun eksternal. Dengan demikian, strategi bisnis dalam pemasaran pelayanan Kesehatan yang ditentukan menjadi efektif dan dapat meningkatkan utilisasi layanan sesuai dengan target yang ditetapkan.

Pemasaran dalam strategi bisnis adalah suatu proses dan manajerial yang membuat individu atau kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan dan mempertukarkan produk yang bernilai kepada pihak lain atau segala kegiatan yang menyangkut penyampaian produk atau jasa mulai dari produsen sampai konsumen. Pemasaran disini merupakan suatu kegiatan-kegiatan pokok yang dilakukan oleh para perusahaan baik itu perusahaan barang atau pun perusahaan jasa dalam rangka mengembangkan usahanya, untuk memperoleh laba, serta untuk mempertahankan kelangsungan hidup usahanya tersebut.

Saat ini, kegiatan dalam bidang pemasaran memiliki peranan yang penting dalam dunia bisnis, hal ini disebabkan karena pemasaran merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan oleh perusahaan dimana perusahaan berhubungan langsung dengan konsumen.

Kegiatan pemasaran ini harus memberikan kesan yang baik di mata konsumen, dimana perusahaan harus memberikan layanan serta hasil produk berupa barang dan jasa yang terbaik sehingga dapat memberikan kepuasan kepada para konsumen, karena kepuasan konsumen menjadi tolak ukur serta keberhasilan perusahaan dalam mengasikkan produk yang berkualitas dan yang dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen. Peranan pemasaran saat ini tidak hanya menyampaikan produk atau jasa hingga tangan konsumen tetapi juga bagaimana produk atau jasa tersebut dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan dengan menghasilkan laba.

Sasaran dari pemasaran adalah menarik pelanggan baru dengan menjanjikan nilai kepada pelanggan, menetapkan harga menarik, mendistribusikan produk dengan mudah, mempromosikan secara efektif dan efisien serta mempertahankan pelanggan yang sudah ada dengan tetap memegang prinsip kepuasan pelanggan.

Untuk mewujudkan hal tersebut, diperlukannya manajemen yang baik dalam pemasaran pada suatu perusahaan. Manajemen pemasaran adalah suatu usaha untuk merencanakan, mengimplementasikan (yang terdiri dari kegiatan mengorganisaikan, mengarahkan, mengkoordinir) serta mengawasi atau mengendalikan kegiatan pemasaran dalam suatu organisasi agar tercapai tujuan organisasi secara efisien dan efektif. Di dalam fungsi manajemen pemasaran ada kegiatan menganalisis yaitu analisis yang dilakukan untuk mengetahui pasar dan lingkungan pemasarannya, sehingga dapat diperoleh seberapa besar peluang untuk merebut pasar dan seberapa besar ancaman yang harus dihadapi.

Saat ini perkembangan ilmu pemasaran mengenal tiga versi pengembangan. Versi paling awal adalah marketing 1.0. Marketing versi 1.0 adalah pemasaran yang berorientasi pada produk. Pada versi perkembangan ini, produsen berusaha membuat barang atau jasa yang terbaik menurut pemikiran produsen. Konsumen didorong untuk menerima, menyukai dan membutuhkan barang yang dijual oleh produsen. Pada saat marketing versi ini diterapkan oleh banyak produsen, persaingan dunia usaha masih sangat rendah. Suatu perusahaan besar dengan kekuatan modalnya, akan mudah memproduksi barang dalam jumlah besar dan lebih berkualitas dibandingkan barang yang diperoleh oleh industri kecil atau industri rumah tangga.

Pada perkembangan selanjutnya, persaingan usaha semakin meningkat berkaitan dengan semakin padatnya populasi manusia. Setiap pembeli menginginkan barang terbaik, yang sesuai dengan keinginan mereka. Belum tentu suatu barang atau jasa yang ditawarkan oleh produsen besar sesuai dengan keinginan konsumen. Oleh karena itu maka muncul marketing versi 2.0, yaitu marketing yang berorientasi pada konsumen atau pelanggan.

Pada pemasaran versi ini dikenal istilah “pelanggan adalah raja”. Barang-barang atau jasa yang diproduksi dirancang sesuai keinginan pelanggan. Pelanggan pun dibuat nyaman, dan diperlakukan sedemikian rupa sehingga mereka merasa dimanjakan, dan akhirnya menerima, dan membutuhkan barang atau jasa yang ditawarkan.

Setelah semua perkembangan pemasaran telah dilewati, maka muncul konsep baru dari pemasaran, yaitu marketing versi 3.0. Konsep pemasaran ini berfokus pada kemanusiaan. Dalam tahap ini, produk tidak lagi menjadi hal utama, melainkan menonjolkan pada kegiatan sosial, pelestarian lingkungan hidup maupun aktivitas-aktivitas kemanusiaan lainnya.

Dengan menerapkan ketiga versi marketing seperti yang telah diuraikan di atas, pada makalah ini penulis mencoba membuat suatu strategi pemasaran Poli Obsgyn yang berada di suatu rumah sakit. Penulis akan menjabarkan analisis situasi mengenai Poli Obsgyn yang akan dibahas. Selanjutnya, penulis mencoba menguraikan strategi apa yang

dapat menjual jasa Poli Obsgyn dengan Marketing versi 1.0, 2.0 dan 3.0. dan yang terkini 4.0.

Comparison of marketing 1.0, 2.0 and 3.0

	Marketing 1.0 Product-centric Marketing	Marketing 2.0 Consumer-oriented Marketing	Marketing 3.0 Values-driven Marketing
Objective	Sell products	Satisfy and retain the consumers	Make the world a better place
Enabling forces	Industrial Revolution	Information technology	New wave technology
How companies see the market	Mass buyers with physical needs	Smarter consumer with mind and heart	Whole human with mind, heart, and spirit
Key marketing concept	Product development	Differentiation	Values
Company marketing guidelines	Product specification	Corporate and product positioning	Corporate mission, vision, and values
Value propositions	Functional	Functional and emotional	Functional, emotional, and spiritual
Interaction with consumers	One-to-many transaction	Functional and emotional	Many-to-many collaboration

Source: Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2010). *Marketing 3.0: from products to customers to the human spirit*. John Wiley & Sons.

Analisis Lingkungan Rumah Sakit atau Klinik

Sebagai Rumah Sakit atau Klinik modern dengan peralatan penunjang yang canggih dan lengkap, ketersediaan dokter obsgyn umum dan obsgyn spesialis yang kompeten, penambahan jumlah dokter obsgyn umum dan dokter obsgyn spesialis yang berpraktek memungkinkan jadwal praktek yang teratur dan tidak terputus. Sistem informasi online/ terintegrasi, serta pemahaman dan pengalaman mendalam tentang pelayanan rumah saki, memberi gambaran kekuatan yang cukup baik dan menjanjikan bagi jasa pelayanan kesehatan antenatal care.

Analisis Lingkungan Eksternal

Pilihan wilayah strategis untuk kelompok/perusahaan sangat sesuai dengan keberadaan kawasan industri dan perumahan yang berada di sekitar RS. Secara demografis juga memiliki jumlah penduduk cukup banyak sehingga menjadi peluang bagi pengembangan pemasaran RS. Jumlah angkatan kerja di wilayah ini yang terbanyak dibandingkan dengan di wilayah- wilayah lain. Sasaran demografi pelayanan antenatal care ini adalah masyarakat dengan ekonomi menengah ke atas dengan sasaran ibu hamil usia produktif.

Di samping itu, dalam perkembangannya, juga menerima pasien dengan jaminan perusahaan atau asuransi dengan prosedur pembayaran *reimbursement* (penggantian) dimana pasien diminta dahulu membayar dan mereka kemudian mengklaim ke perusahaan masing-masing, ataupun dengan membuka jalinan kerjasama dengan asuransi-asuransi tertentu atau meberlakukan *cost sharing* bagi pelayanan dengan biaya diatas tanggungan asuransi. Usia pengguna terdistribusi pada hampir semua kelompok umur dengan komposisi paling banyak ada pada usia produktif (20-45 tahun). Rata-rata berpendidikan formal S1 atau Diploma, dan kebanyakannya telah bekerja dan berpenghasilan. Rata-rata penghasilan bagi pengguna yang bekerja lebih dari 10 juta rupiah perbulan. sehingga strategi disesuaikan untuk kelompok dengan ekonomi menengah ke atas tersebut. Hal ini tergambar dalam hasil survey sederhana yang dilakukan RS X.

Berdasarkan survei yang dilakukan diketahui pula bahwa kesadaran pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan oleh pengguna sudah baik. Dengan semakin tingginya tingkat pendidikan maka kesadaran pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi tren yang terus bergerak maju dengan pasti. Meskipun telah diberlakukan program JKN namun pertumbuhan pasar juga teridentifikasi pada peningkatan jumlah kunjungan baru dan tingkat loyalitas yang nampak pada jumlah kunjungan lama rawat jalan.

Selain itu, kompetisi penyedia layanan kesehatan juga semakin gencar yang berkonsekuensi pada persaingan merebut hati konsumen menengah ke atas. Mereka tidak hanya menuntut harus murah namun juga mesti berkualitas. Sehingga hampir dapat dipastikan, industri rumah sakit yang akan bertahan hanyalah mereka yang aksesnya mudah dan murah serta kualitas terjamin. Tren pasar pelayanan kesehatan yang lain adalah semakin kritisnya para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Secara umum, pasar membutuhkan variasi jenis pelayanan, fleksibilitas pembayaran dengan menggunakan transaksi non tunai seperti transfer ATM atau pun kartu kredit serta jaminan asuransi, kualitas pelayanan, profesionalitas tenaga kesehatan, dan kelengkapan fasilitas penunjang dalam satu tempat. Informasi ini disimpulkan dari hasil survey yang dilakukan dan juga berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa orang pasien rawat jalan dan rawat inap.

TUJUAN OPERASIONAL

1. Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan 10% dalam setahun
2. Meningkatkan angka kelahiran 30% pertahun
3. Meningkatkan jumlah tindakan 20% per tahun
4. Meningkatkan jumlah pendapatan sebesar 15% dalam setahun

PELAYANAN

Poli Obsgyn RS X menyediakan layanan spesialistik obsgyn yang terdiri dari pelayanan obstetric dan ginekologi yang dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang baik berupa laboratorium, USG 3D, USG 4D, Doppler, dan CTG.

STRATEGI MARKETING

Strategi pemasaran Poli Obsgyn RS X melihat pelayanan berpusat pada pasien sebagai pelanggan dan bertujuan agar Poli Obsgyn RS X dikenal dan diketahui kualitas pelayanannya oleh para calon pasien atau pelanggan prospektif. Beberapa strategi yang akan menjadi prioritas adalah pengenalan melalui sosial media, kerjasama dengan perusahaan, klinik bersalin, Bidan Mandiri, puskesmas, RS jejaring dengan memberikan konsultasi gratis dan promo biaya perawatan.

Sosial Media

Hasil survey Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII) tahun 2016 menunjukkan penetrasi pengguna internet Indonesia sebesar 132,7 juta penduduk dari total populasi penduduk Indonesia 256,2 juta orang, dan 65% diantaranya berada di Pulau Jawa. Menurut Hubspot, 92% pemasar di tahun 2014 mengklaim bahwa pemasaran melalui

media sosial sangat penting bagi usaha mereka, dan Social Media Examiner menyebutkan bahwa 97% pemasar saat ini memasarkan produknya melalui media sosial.

Menurut data CNN Indonesia, di tahun 2016 terdapat 22 juta pengguna aktif bulanan Instagram di Indonesia. Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah pengguna Instagram terbanyak dan 89% pengguna layanan ini berasal dari kalangan usia 18-34 tahun yang mengaksesnya setidaknya seminggu sekali. Fakta penting lainnya adalah 49% pengguna membeli produk dari penjual/brand yang mereka ikuti (*follow*).

Poli Obsgyn RS X memanfaatkan fenomena media sosial ini sebagai sarana komunikasi dan pemasaran layanan kesehatan, yang dilakukan melalui Instagram dan website resmi yang dikelola oleh tim *customer service* dan *content specialist* yang kompeten. Melalui website resmi, pasien dan calon pasien dapat melihat bermacam-macam layanan yang tersedia, mengenal tim dokter penyedia layanan, membuat perjanjian dengan dokter, melakukan konfirmasi perjanjian dengan dokter, membaca testimony pasien lain, serta mengetahui lebih dahulu mengenai promo perawatan terbaru. Pengguna Instagram akan dapat melihat contoh hasil perawatan obsgyn di Poli Obsgyn RS X dalam bentuk fotografi dan video serta review dan komentar dari pasien yang bersangkutan. Sebagai tambahan, tim dokter akan secara rutin menulis artikel kesehatan di website dan Instagram sebagai informasi untuk masyarakat umum, calon pasien dan pasien.

Kerjasama dengan perusahaan, klinik bersalin, Bidan Mandiri, puskesmas, RS jejaring

Kerjasama dengan perusahaan, klinik bersalin, bidan mandiri dan RS jejaring penting dilakukan untuk memperluas cakupan pemasaran rumah sakit, dimana RS X memiliki fasilitas yang lebih memadai sehingga menjadikan RS X sebagai pusat rujukan. Berkaitan dengan hal tersebut RS X menyediakan fasilitas pelayanan USG keliling, penyuluhan baik di RS maupun tempat disepakati oleh pihak ketiga (perusahaan, klinik bersalin, Bidan Mandiri, puskesmas, RS jejaring) untuk melakukan pemantauan antenatal care bagi pasien.

STRATEGI MARKETING 1.0

Strategi marketing 1.0 merupakan strategi marketing yang berdasarkan *rational intelligent*. Pendekatan dengan strategi marketing ini adalah produk bagus, harga terjangkau. Konsumen memilih produk berdasarkan tinggi-rendahnya harga yang ditawarkan produsen. Pada level ini konsumen sangat mudah berpindah. Dengan strategi ini, yang ditawarkan semata-mata hanya keunggulan produk, tidak berorientasi terhadap konsumen.

Strategi marketing 1.0 pada Poli Obsgyn RS X yaitu dengan:

1. Kualitas SDM

Sumber daya dalam hal ini adalah dokter obsgyn yang bekerja di Poli Obsgyn RS X dengan kualitas tinggi. Layanan yang ditawarkan adalah layanan *one stop service*. Dimana pasien akan mendapatkan perawatan yang menyeluruh tanpa harus keluar dari RS.

2. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium, USG 3D, USG 4D, Doppler dan CTG

3. Harga

Harga yang ditawarkan bersaing dengan layanan sejenis di RS maupun klinik obsgyn lainnya.

STRATEGI MARKETING 2.0

Dari pembahasan sebelumnya dikatakan bahwa strategi marketing 2.0 adalah strategi marketing yang berdasarkan *emotional intelligent* dimana marketing tipe ini mempunyai banyak varian atau diferensiasi produk namun pada akhirnya adalah perebutan *heart share* dari customer yaitu bagaimana produk yang diambil oleh masyarakat adalah produk yang disukai dan mempunyai ikatan dengan customer, bukan hanya produk yang dibutuhkan saja.

Industri kreatif merupakan hal yang melekat dengan marketing 2.0 karena perusahaan ingin memberikan nilai tambah dari produknya sehingga perusahaan membutuhkan tenaga desainer produk, biro iklan, rumah produksi dan media massa untuk memasarkan produknya.

Dengan target utama adalah hati customer tentunya perlu dipertimbangkan unsur-unsur pemasaran dari sudut pandang customer:

1. Kebutuhan dan keinginan customer (*customer needs and wants*).
2. Biaya konsumen (*cost to the customer*)
3. Kenyamanan (*convenience*)
4. Komunikasi (*communication*)

Dengan melihat hal di atas, promosi yang dapat dilakukan oleh poli klinik obsgyn RS X adalah:

1. Variasi produk yang ditawarkan

- Melengkapi spesialisasi dokter spesialis dan sub spesialis obsgyn sehingga meminimalisasi rujukan dan pelayanan bisa dilaksanakan di satu tempat.
- Memberikan paket pelayanan obsgyn berupa pelayanan ANC dengan harga yang bersaing.
- Pelayanan kedokteran obsgyn yang mutakhir, efektif dan efisien.
- Waktu layanan yang mengutamakan keinginan dan kenyamanan pasien bukan keinginan dokter.

2. Memberi nilai tambah pada hal di luar produk

- Membuat promosi produk pelayanan ANC dengan logo RS X berupa brosur, flyer, spanduk, dan menggunakan website dan media social lainnya
- Mencetak kalender kandungan lengkap dengan visi, misi dan logo poliklinik RS X dan membagikannya kepada pasien pada acara-acara tertentu seperti tahun baru.
- Menyelenggarakan seminar khusus yang berhubungan dengan pelayanan ANC
- Berpromosi di radio dan sosial media seperti facebook, instagram, twitter atauun website.
- Melakukan kerja sama pelayanan ANC dengan perusahaan-perusahaan

3. Target marketing pada customer, dalam hal ini keluarga professional muda yang bersedia membayar tinggi untuk hal yang disukainya

- Meminimalisasi waktu tunggu pasien sehingga pasien merasa tidak membuang waktu dengan menunggu dengan membuat jadwal kunjungan.
- Sistem pendaftaran pasien melalui internet online dan telepon sehingga pasien tidak perlu datang ke RS hanya untuk mendaftar.
- Ruang tunggu pasien yang nyaman dan mengakomodir pasien
- Pelayanan ANC yang dilengkapi dengan pelayanan personal maternity officer yang kaan menjawab keinginan dan kebutuhan pasien ANC
- Ruang poli obsgyn eksekutif

4. Strategi penjualan dilakukan melalui edukasi sebanyak dan sebaik mungkin terhadap pasien sehingga berdasarkan edukasi yang diterima, pasien menyadari kebutuhannya dan dapat membuat keputusan sendiri. Dokter akan menggunakan waktu sebanyak-banyaknya untuk menjelaskan secara detil prosedur yang akan dilakukan, alasan pemilihan, efek samping yang mungkin dirasakan, kemungkinan keberhasilan dan kegagalan prosedur tersebut serta alternatif perawatan lainnya. Strategi ini juga bertujuan untuk mengubah pelanggan prospektif menjadi pelanggan jangka panjang.

STRATEGI MARKETING VERSI 3.0

Setelah penulis menguraikan strategi pemasaran klinik obsgyn dengan marketing versi 1.0 dan 2.0, maka kali ini penulis akan menguraikan strategi pemasaran klinik obsgyn dengan marketing versi 3.0. kata kunci pada marketing versi 3.0 adalah “berfokus pada nilai-nilai kemanusiaan”. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa strategi yang akan diterapkan adalah “bagaimana mempromosikan pelayanan ANC melalui kegiatan-kegiatan kemanusiaan”.

Strategi pertama adalah dengan berperan dalam program universal coverage, yaitu bekerja sama dengan BPJS, menjadi salah satu fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjut (FKTRL) nya BPJS pada ibu hamil berisiko tinggi. Kerjasama dengan BPJS dapat memberikan nilai-nilai kemanusiaan kepada komunitas penduduk di Indonesia. Namun harapan selanjutnya, diharapkan nilai-nilai kemanusiaan tersebut dapat meningkatkan jumlah pasien ANC, bahkan dari kalangan segmen menengah ke bawah.

Strategi kedua adalah melakukan edukasi dan penyuluhan obsgyn, bekerja sama dengan lintas sektor terkait. Lintas sektor yang dimaksud adalah perusahaan, klinik bersalin, Bidan Mandiri, puskesmas, RS jejaring. Kegiatan ini diharapkan dapat mendorong sosialisasi nama RS X ke seluruh wilayah di Indonesia.

Kegiatan edukasi penyuluhan obsgyn yang dapat dilakukan adalah:

- Penyuluhan ANC tentang perawatan, penanganan, nutrisi, risiko selama kehamilan.
- Penyuluhan tentang jadwal pemeriksaan kehamilan secara rutin.
- Penyuluhan tentang higienitas selama masa kehamilan.

Strategi ketiga yaitu dengan memberikan pelayanan holistik, seperti bekerja sama dengan poli lainnya seperti poli gigi dan jantung. Pada orang hamil, ketidakseimbangan

hormone meningkatkan risiko penyakit gusi. Hal tersebut bisa menjadi sarana pemasaran bagi poli obsgyn.

Strategi keempat yaitu dengan memanfaatkan sarana sosial media serta website dengan cara memberikan konsultasi kesehatan antenatal care bebas biaya. Sarana sosial media juga dapat dimanfaatkan untuk edukasi kesehatan antenatal care secara luas yaitu kepada masyarakat di luar area.

Kerjasama dalam promosi dan contoh pemenuhan hak reproduksi

Dalam artikel yang dikeluarkan www.bkkbn.go.id, pada saat konferensi internasional kependudukan dan pembangunan di Cairo, peserta konferensi menetapkan kesepakatan terhadap hak-hak reproduksi. Hak-hak reproduksi meliputi:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
3. Hak untuk kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak
5. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran atau masalah jender
6. Hak atas kebebasan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi
8. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi
9. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan reproduksinya
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang bernuansa kesehatan reproduksi
12. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

Untuk melindungi hak-hak tersebut dan agar tidak terjadi penyimpangan atau penyalahgunaan, maka BKKBN membuat langkah- langkah yang tepat, antara lain :

1. Mengintegrasikan kegiatan yang menyangkut upaya promosi hak-hak reproduksi dengan pelaksanaan program KB dan program-program pembangunan lainnya.
2. Mengembangkan berbagai inovasi penanggulangan pelanggaran dan perlindungan hak-hak reproduksi yang sesuai dengan kondisi dan situasi daerah masing-masing.
3. Meningkatkan kerjasama dan kemitraan dengan lembaga pemerintah, LSM/LSOM, swasta, dan masyarakat dalam membentuk jaringan kerja untuk mendukung proses *monitoring* dan *follow-up* pelanggaran hak-hak reproduksi.

Model kerja sama yang dapat dikembangkan atau digunakan dalam promosi dan pemenuhan hak reproduksi adalah dengan mengadakan kontrak antara BKKBN dengan perusahaan swasta yang bergerak dalam bidang alat kontrasepsi untuk membuat alat-alat kontrasepsi dengan harga jual yang murah, sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat kelas bawah.

Kerja Sama dalam Perbaikan Pangan dan Gizi

Pangan dan gizi merupakan unsur penting untuk mendukung kesehatan, yang pada gilirannya akan bermuara pada peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu manusia yang sehat, mampu hidup lebih lama, cerdas, terampil, berwawasan masa depan dan produktif. Oleh karena itu, pembangunan di bidang pangan dan gizi serta upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal merupakan pembangunan yang tidak bisa ditawar-tawar lagi dalam upaya pembentukan SDM yang berkualitas. Permasalahannya, meskipun pembangunan di bidang pangan dan perbaikan gizi serta upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah menjadi komitmen pemerintah; tidak jarang dalam pelaksanaannya sering kurang mendapat prioritas yang tinggi, terutama jika dikaitkan dengan pengalokasian Dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Depdagri dan Depdiknas mengadakan kerja sama perbaikan pangan, gizi dan kesehatan masyarakat dengan membentuk Badan Kerja Sama Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat (BKS-PGKM). Badan ini dirancang untuk membantu Pemerintah Daerah dalam pengembangan program pangan, gizi dan kesehatan masyarakat dengan menggunakan konsep DIDANI (Desa Integrated Development Approach for Nutrition Improvement).

Badan ini membuat kerja sama dengan pihak lain, yaitu dengan:

1. Melaksanakan kegiatan kerjasama dengan Dinas Perkebunan Kabupaten Sukoharjo dalam Studi Potensi Pengembangan Industri Berbahan Baku Wijen.
2. Menjalinkan kerjasama secara berkesinambungan dengan Pemerintah Kabupaten/Kota di bidang PGKM dengan pembentukan desa binaan, serta pembinaan Pasca Program khususnya di desa Gawan, Kecamatan Colomadu Kabupaten Karanganyar.
3. Mengupayakan pelaksanaan kegiatan kerjasama dengan Dinas Kesehatan dalam rangka paradigma sehat (Indonesia Sehat 2010) dengan peningkatan SDM, Pembangunan berwawasan Kesehatan, Desentralisasi Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) pada tiap Posyandu di desa binaan.

Kerjasama Bisnis Kesehatan dalam Bidang-bidang Lain

Indonesia dapat mencontoh model kerja sama yang dilakukan oleh USAID di Amerika Tengah untuk mempromosikan kebersihan tangan dengan cara mencuci tangan dengan sabun. Partner kerja sama ini dapat dilakukan antara departemen kesehatan, perusahaan sabun, media masa, badan donor. Departemen kesehatan dapat melakukan kontrak kerja sama dengan perusahaan sabun, agar perusahaan itu meningkatkan produksi sabun; mengikat kontrak dengan media masa untuk mengiklankan kebersihan mencuci tangan dengan sabun, dan badan donor dapat mendanai proyek tersebut.

Untuk mengatasi wabah malaria yang masih terjadi di daerah-daerah pedesaan atau terpencil, pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain untuk meningkatkan penggunaan obat penyemprot nyamuk malaria. Kerja sama ini dapat dilakukan dengan badan WHO, perusahaan farmasi/kimia. WHO dapat berperan sebagai

badan penasehat, pemerintah mengikat kontrak dengan perusahaan kimia untuk memproduksi obat penyemprot malaria dan obat untuk pencegahan malaria. Selain itu, pemerintah dapat mendesain, melakukan, dan mendanai penyuluhan-penyuluhan tentang pencegahan penyakit malaria. Dalam hal ini pemerintah bekerja sama dengan badan-badan seperti LSM, atau membangun kapasitas pekerja kesehatan untuk memberikan penyuluhan.

Untuk menanggulangi dan mencegah penyebaran AIDS, pemerintah dapat melakukan model kerja sama yang dilakukan oleh USAID HAPP untuk meningkatkan penggunaan kondom. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan kontrak dengan perusahaan yang memproduksi kondom. Pemerintah juga dapat mendesain, mengoperasikan, dan mendanai penyuluhan-penyuluhan tentang bahaya penyakit aids dan penyalah-gunaan Narkoba, bekerja sama dengan pihak LSM untuk melakukan penyuluhan tersebut. Bagi penderita Aids dan Narkoba, pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan perusahaan kontraktor untuk membangun rumah sakit atau tempat rehabilitasi narkoba.

Ada banyak pilihan kemitraan pemerintah dan swasta. Beberapa isu kerja sama yang berkembang di Indonesia antara lain, kerja sama dalam perumusan kebijaksanaan dan perencanaan kesehatan. Misal: dalam menyusun rencana strategis kabupaten/kota dan provinsi NTT tahun 2000 melibatkan sejumlah lembaga swadaya masyarakat (LSM), penyedia pelayanan kesehatan swasta, dan lembaga donor. Bentuk kerja sama lain adalah menjaga akuntabilitas pembangunan kesehatan. Di sejumlah kota dan provinsi, kalangan LSM mendirikan forum bersama yang disebut Koalisi Sehat. Perannya antara lain, melakukan advokasi kepada pemda setempat agar memberikan komitmen lebih besar untuk sektor kesehatan, serta mengevaluasi kinerja pembangunan kesehatan yang dilakukan pemerintah dan swasta. Hal lain adalah kerja sama dalam penyediaan pelayanan kesehatan, seperti *contracting out* kegiatan tertentu kepada swasta. Pemerintah daerah Kabupaten Lembata, Flores, memberikan anggaran untuk melaksanakan program pemerintah kepada rumah sakit swasta yang ada,

sehingga pemerintah daerah tidak perlu membangun rumah sakit. Kegiatan lain yang bisa dikontrakkan adalah penyemprotan pengendalian vektor malaria, promosi kesehatan, imunisasi, penemuan kasus dan pengobatan Tuberculosis serta penyakit lain.

Kerjasama juga dilakukan dalam pembiayaan kesehatan. Pemerintah memberikan otonomi lebih besar kepada rumah sakit dan puskesmas untuk menangkap potensi pasar, dengan mengajak pihak swasta. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tangerang bekerja sama dengan General Electric, membangun ruang rawat kelas VIP dengan kesepakatan bagi hasil dalam periode waktu tertentu.

Kesehatan sangat diperlukan untuk membangun masyarakat yang berkualitas. Kesehatan selain menjadi tanggung jawab diri sendiri, jugamenjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Salah satu tugas pemerintah daerah adalah meningkatkan pelayanan kesehatan publik.

Pelayanan kesehatan publik ini bila ditangani sendirian oleh pemerintah tidak akan mencapai kualitas pelayanan yang baik. Pemerintah perlu mencari cara yang dapat membantunya dalam peningkatan pelayanan. *Public-private partnership* atau kerja sama antara pemerintah daerah (sektor publik) dengan pihak swasta. Dengan kerja sama antara dua sektor atau lebih ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan. Kerja sama ini bisa juga dilakukan antarsesama pihak organisasi/unit sektor publik. Misalnya kerja sama antara dinas kesehatan dengan dinas pendidikan.

Model-model kerja sama antara pemerintah daerah dan pihak swasta bentuknya bermacam-macam. Contohnya: kerja sama dalam pengadaan alat-alat kontrasepsi, penanggulangan kerja sama aids dan penyalahgunaan obat-obatan, perbaikan gizi dan pangan, pem-berantasan dan pengendalian vektor/bibit penyakit malaria, tuberkulosis. Model-model yang dapat digunakan antara lain: *product-based partnership*, *product development partnership*, *system/issues-based partnership*, konsensi, bagi hasil, dan sebagainya.

Dengan adanya strategi bisnis dan kerjasama pemerintah daerah dengan pihak swasta beberapa masalah pelayanan kesehatan dan pemasaran PPK yang terjadi dapat diatasi. Masyarakat merasa tercukupi kebutuhannya atas pelayanan kesehatan yang baik.

D. Latihan

3. Mengapa Strategi Bisnis sangat penting dalam Pemasaran PPK ?
4. Sebutkan alasannya mengapa bisa terjadi dalam perkembangan strategi bisnis pemasaran dalam pelayanan kesehatan ?

E. Kunci Jawaban

1. Pemasaran dalam strategi bisnis adalah suatu proses dan manajerial yang membuat individu atau kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan dan mempertukarkan produk yang bernilai kepada pihak lain atau segala kegiatan yang menyangkut penyampaian produk atau jasa mulai dari produsen sampai konsumen. Pemasaran disini merupakan suatu kegiatan-kegiatan pokok yang dilakukan oleh para perusahaan baik itu perusahaan barang atau pun perusahaan jasa dalam rangka mengembangkan usahanya, untuk memperoleh laba, serta untuk mempertahankan kelangsungan hidup usahanya tersebut.
2. Saat ini, kegiatan dalam bidang pemasaran memiliki peranan yang penting dalam dunia bisnis, hal ini disebabkan karena pemasaran merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan oleh perusahaan dimana perusahaan berhubungan langsung dengan konsumen. Kegiatan pemasaran ini harus memberikan kesan yang baik di mata konsumen, dimana perusahaan harus memberikan layanan serta hasil produk berupa barang dan jasa yang terbaik sehingga dapat memberikan kepuasan kepada para konsumen, karena kepuasan konsumen menjadi tolak ukur serta keberhasilan perusahaan dalam mengasihkan produk yang berkualitas dan yang dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen. Peranan pemasaran saat ini tidak hanya menyampaikan produk atau jasa hingga tangan konsumen tetapi juga bagaimana produk atau jasa tersebut dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan dengan menghasilkan laba.

F. Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE-Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., “*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*”, artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, “*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- “*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*”, diakses dari www.aplcare.com.

“Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi”, diakses dari www.bkkbn.go.id.

“Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.

Reich, M. R., *“Public-Private Partnership for Public Health”*, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.

Siagian, Albiner, *“Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan”*, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.

Smith, Maureen, *“Public Private Services Team Up”*, diakses dari search in www.yahoo.com.

Thomas, A., dan Valerie Curtis, *“Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice”*, diakses dari search in www.yahoo.com.

Wilson, Donna, *“Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never”*, diakses dari search in www.yahoo.com.



Universitas
Esa Unggul

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 07
KOMPETISI DAN KERJASAMA
PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)**

Universitas
Esa Unggul

DISUSUN OLEH

Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2023

Universitas Esa Unggul

118 / 426

<http://esaunggul.ac.id>

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep Kerjasama maupun Kompetisi sehat dalam Kesehatan
2. Menguraikan alur proses Kerjasama di Pemasaran bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami manfaat Kerjasama di Pelayanan Kesehatan di PPK

B. Uraian dan Contoh

C. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- d. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- e. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- f. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

D. Topik Perkuliahan : Kompetisi dan Kerjasama Provider Pelayanan Kesehatan (PPK)

Uraian : MODEL KERJASAMA PELAYANAN KESEHATAN PIHAK SWASTA DENGAN PEMERINTAH

Saat ini pemerintah Indonesia mulai berbenah diri untuk memperbaiki kinerja dan kualitas pelayanan yang mereka berikan kepada publik di berbagai sektor termasuk sektor kesehatan. Dengan diberlakukannya desentralisasi kepada dinas di daerah maka setiap daerah memiliki hak dan wewenang untuk mengelola daerahnya masing-masing. Pemerintah daerah memiliki tugas dan wewenang yang

semakin besar untuk menjalankan kebijakan yang ditetapkan. Dinas kesehatan di daerah mempunyai tugas untuk mengoptimalkan pembangunan kesehatan kepada masyarakat. Sistem desentralisasi dinas ini diharapkan dapat membantu pelaksanaan program pembangunan kesehatan yang lebih efektif dan efisien serta mengena pada kebutuhan kesehatan masyarakat.

Pada awal tahun 2001 sampai dengan 2020 saat pandemic, pelaksanaan otonomi daerah telah diberlakukan. Setiap daerah memiliki hak dan wewenang untuk mengelola daerahnya masing-masing. Pemerintah daerah memiliki tugas dan wewenang yang semakin besar untuk menjalankan kebijakan yang ditetapkan. Dan DPRD harus mengoptimalkan pengawasan pelaksanaan kebijakan yang dilakukan pemerintah.

Hal ini juga berlaku pada dinas-dinas yang ada, dengan diberlakukannya desentralisasi dinas di daerah. Pemerintah mengeluarkan peraturan pemerintah untuk mengatur tugas dan wewenang dinas agar tidak terjadi penyimpangan atau penyalahgunaan wewenang. Dinas kesehatan di daerah mempunyai tugas untuk mengoptimalkan pembangunan kesehatan kepada masyarakat. Sistem desentralisasi dinas ini diharapkan dapat membantu pelaksanaan program pembangunan kesehatan yang lebih efektif dan efisien serta mengena pada kebutuhan kesehatan masyarakat.

Dinas kesehatan di daerah biasanya menerima dan melaksanakan kebijakan yang digariskan secara *top-down*. Sedangkan, dengan desentralisasi dinas ini, dinas kesehatan harus membuat program sendiri. Sehingga salah satu permasalahan yang timbul adalah bagaimana pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan dinas lain yang terkait mengelola sumber daya yang ada untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat di daerahnya masing-masing. Pemerintah daerah harus mencari cara untuk meningkatkan pelayanan publik. Namun, siapa yang akan membiayai pelayanan kesehatan untuk orang-orang miskin belum jelas, apakah pemerintah pusat atau pemerintah daerah.

Pemerintah daerah dapat mencari cara lain untuk mengelola pelayanan kesehatan. Salah satu cara adalah mengadakan kerja sama dengan pihak swasta dengan mengikuti ketentuan-ketentuan yang ditetapkan bersama. Dan kerja sama ini tetap berfokus pada peningkatan pelayanan kesehatan, bukan untuk mencari keuntungan yang banyak.

Definisi *public-private partnership* (PPP) adalah persetujuan kerja sama antara agensi publik (negera, pemerintah pusat atau daerah) dan perusahaan yang berorientasi

laba, atau kerja sama antar organisasi sektor publik itu sendiri dan pihak swasta. Kemampuan dan aset setiap sektor dibagi untuk mencapai pelayanan atau fasilitas yang akan digunakan publik umum. Setiap pihak harus

mengakui tujuan pihak lain dan siap untuk membangun hubungan yang baik dan jangka panjang. Pemasok komersial, yang cenderung lebih mementingkan laba daripada kesejahteraan publik, dianggap sebagai partner yang akan berguna. Pegawai pemerintah, yang dianggap otoriter, dianggap sebagai partner yang responsif dan kapabel untuk aktivitas yang berkaitan dengan kesehatan publik.

Alasan untuk melakukan kerja sama antara pihak publik dan swasta adalah adanya kompleksitas masalah kesehatan dan sosial yang dihadapi oleh negara- negara dan mereka memecahkannya dengan melakukan kolaborasi antara organisasi dari beberapa sektor. Alasan lain adalah tumbuhnya kesadaran bahwa pendekatan *inter-sectoral* untuk pelayanan kesehatan lebih efisien dan *cost- effective* daripada jika dilakukan terpisah.

Penerapan PPP akan mendatangkan keuntungan atau PPP mempunyai beberapa kelebihan, antara lain:

- Memberi kesempatan untuk memperhatikan bidang kesehatan dalam suatu cara komprehensif.
- Membangun kekuatan untuk setiap organisasi, setiap organisasi dapat mengumpulkan sumber daya, dan memaksimalkan dampak positif yang akan terjadi.
- Mendorong keterlibatan masyarakat untuk menjaga kesehatan.
- Mencari sumber daya baru dan menggunakannya secara efisien.
- Membuat standar untuk kualitas pelayanan kedua sektor, dan meningkatkan kualitas pemeliharaan kesehatan.
- Dapat mengurangi kesenjangan pelayanan, dan meningkatkan akses pelayanan untuk kelompok yang belum terlayani.

Faktor kunci kerja sama yang efektif :

- Komuni- kasi. Organisasi-organisasi mulai saling berkomunikasi tentang kepentingan mereka saat membuat kerja sama.

- Kooperasi. Dua atau lebih organisasi yang berkomunikasi mencapai pemahaman untuk saling membantu.
- Koordinasi. Organisasi mengkombinasikan sumber daya dan memperkuat peranan masing-masing.
- Kolaborasi. Dua atau lebih organisasi yang sudah berkomunikasi bersama-sama mengembangkan aktivitas, program atau kebijakan yang sebelumnya tidak ada.

Model-model PPP

PPP mempunyai beberapa model, yaitu desain dan bangun; desain, bangun dan kelola; desain, bangun, kelola dan mendanai, konsensi. Dalam Bastian (2001) model-model kerja sama adalah:

- Bangun-Operasi-Serahkan (*Built, Operate, and Transfer*).

Pihak penyelenggara proyek melaksanakan kegiatan konstruksi (termasuk pembiayaan suatu fasilitas infrastruktur), termasuk proses pengoperasian dan pemeliharaan proyek. Proyek dijalankan dalam jangka waktu tertentu, dan setelah jangka waktu yang ditetapkan habis seluruh fasilitas diserahkan kepada pemerintah.

- Bangun Serah (*Built and Transfer*)

Pihak penyelenggara proyek melaksanakan kegiatan konstruksi dan pembiayaan suatu proyek dalam suatu jangka waktu tertentu, yang disepakati dalam kontrak perjanjian. Setelah kontrak selesai, diserahkan kepada pemerintah, dan pemerintah wajib membayar pihak penyelenggara sebesar nilai investasi yang dikeluarkan untuk nilai proyek ditambah nilai pengembalian yang wajar bagi investasi yang dilakukan.

- Bangun Kelola Miliki (*Built, Operate and Own*)

Pihak swasta diberi kewenangan untuk membangun dan membiayai, mengoperasikan dan memelihara suatu fasilitas infrastruktur. Pihak penyelenggara diberi kewenangan untuk mendapatkan biaya pengembalian

investasi, serta biaya operasional dan pemeliharaan, termasuk keuntungan yang wajar dengan cara menarik biaya dari pemakai fasilitas infrastruktur tersebut.

⇒ **Konsensi (*Concession*)**

Pihak berwenang memberikan ijin kepada pihak swasta untuk melakukan kegiatan eksploitasi tertentu, sedangkan pihak swasta dibebani kewajiban untuk membayar *fee* atau retribusi kepada pihak berwenang (pemerintah).

⇒ ***Leasing***

Titik beratnya pada penyewaan fasilitas tertentu kepada pihak swasta. Pihak swasta wajib memikul resiko komersial dari kegiatan yang dijalankan.

⇒ **Bagi Hasil**

Pihak swasta memperoleh *fee* dari jasa yang diberikan dan berhak untuk menerima bagian tertentu dari keuntungan yang diperoleh.

⇒ **Kontrak Pelayanan**

Pihak yang berwenang (pemerintah) menyerahkan suatu kegiatan pelayanan jasa tertentu kepada pihak swasta dan sebaliknya pihak swasta memberikan jasa-jasa tertentu kepada pemerintah.

⇒ ***Management Contract***

Bentuk kerja sama ini adalah mengalihkan seluruh kegiatan operasional dan pemeliharaan suatu bidang tertentu kepada pihak swasta.

⇒ **Bentuk kerja sama operasi lainnya, seperti Sewa Tambah Guna, Rehabilitasi Guna Serah.**

Menurut Thomas dan Curtis (2001) ada tiga model kerja sama, yaitu *product-based partnership*, *product-development partnership*, dan *system/issues-based partnership*. Thomas dan Curtis juga mengembangkan prinsip-prinsip PPP. Prinsip-prinsip itu adalah:

1. *Good governance*. Struktur pengelolaan kerja sama yang tepat dan penting harus menjamin adanya pencapaian tujuan kesehatan publik, dapat mempertemukan tujuan semua partner, dan adanya komunikasi yang transparan. Ada empat model pengelolaan PPP, yaitu:
 - *Elite committe model*
 - *NGO model*
 - *Quasi-public authority model*
 - *Catalyst model*
2. Pemilihan partner. Organisasi sektor publik dan swasta dapat bekerja sama untuk mendukung program pencegahan penyakit jika mereka mempunyai pandangan benefit yang saling menguntungkan dan situasi menang-menang. Pemerintah harus selektif dalam memilih partner yang akan diajak kerja sama.
3. Transparansi dan komunikasi.
4. Akuntabilitas. PPP menggunakan sumber daya publik dan harus dipertanggungjawabkan ke publik. Pengawasan dan evaluasi yang efektif diperlukan, audit dari badan/organisasi independen harus ditingkatkan.
5. Menghindari kompetisi yang tidak adil. PPP perlu mengeksplere pengaruh produk yang disubsidi pada industri lokal.
6. *Equity*. PPP diharapkan mempunyai strategi untuk menjamin *equity*, terutama saat kontribusi publik dinaikkan untuk membantu masyarakat yang miskin.
7. Externalities

CONTOH-CONTOH PPP DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI NEGARA-NEGARA LAIN

USAID berinisiatif untuk mengadakan kerja sama dengan sektor swasta dan publik di daerah Amerika Tengah untuk meningkatkan kesadaran manfaat hidup sehat dengan cara mempromosikan membersihkan tangan dengan sabun. Partner kerja sama ini terdiri dari USAID melalui BASICS dan *Environmental Health Project (EHP)*, industri sabun, menteri kesehatan dan pendidikan, organisasi media, donor, NGOs. Manfaat yang diperoleh bagi industri:

- a. Perluasan pasar di daerah pedesaan.

- b. Meningkatkan penjualan sabun.
- c. Menerima perhatian media atas pelayanan publik.
- d. Menciptakan aliansi baru dengan sektor publik
- e. Mempelajari metode baru tentang riset pemasaran dan periklanan terhadap perubahan perilaku.

Manfaat bagi sektor publik:

- a. Harga potongan yang dibantu industri sabun mencapai kelompok target yang berbeda dan mengarah ke cakupan yang lebih tinggi.
- b. Mengurangi penyakit diare.
- c. Membawa perubahan yang sustainabel pada pesan iklan sektor swasta.
- d. Mempelajari teknik baru tentang pemasaran sosial.
- e. Memperbaiki program pendidikan higienis.

Kontribusi yang diberikan oleh industri:

- a. Keahlian pemasaran
- b. Bantuan untuk menjamin harga rendah dan sustainabel.

Kontribusi yang diberikan oleh sektor publik:

- b. Akses ke jaringan sosial. Mencapai masyarakat yang miskin.
- c. Membantu dalam distribusi material/pesan iklan.

Pengelolaan dilakukan dengan cara tim dari BASICS dan EHP bertindak sebagai katalis terhadap partnership, mengangkat partner, dan bertindak sebagai mediator dalam komunikasi antara sektor publik dan swasta agar dapat mencapai tujuan dari promosi membersihkan tangan dengan sabun. Dampak utama yang bisa didapat dari kerjasama ini adalah membangun kesadaran bahwa tujuan kesehatan sektor publik cocok dengan oppurtuniti bisnis. Produser sabun mempunyai cara untuk mengiklankan sabun melalui promosi membersihkan tangan dengan sabun yang sehingga tujuan kesehatan dapat tercapai.

NetMark berinisiatif untuk melakukan pencegahan malaria di Afrika dengan mempromosikan *Insecticide Treated Materials* (ITMs) melalui bentuk *public-private partnership*. NetMark bertindak sebagai katalis dan bekerja sama dengan menteri-menteri kesehatan, badan donor internasional mempromosikan model segmen pasar yang terintegrasi bersama-sama menggunakan sumber daya dan kekuatan masing-masing untuk menjamin kemampuan maksimum dan penggunaan ITMs. Partner terdiri dari *Academy for Educational Development* (AED), The Malaria Consortium John Hopkins University, Department of International Health, dan Group Africa. Proses kerja sama ini melibatkan negosiasi dengan partner sektor swasta, produser bahan-bahan kimia. Kelompok NetMark membuat atau memperluas pasar dan produser membuat obat kimia.

USAID HIV/AIDS Prevention Project (HAPP) melalui The Futures Groups International (FUTURES) bekerja dengan *Consortium of Concerned Condom Manufacturers* untuk mengimplementasikan perubahan perilaku yang dihadapi saat ini dan mendesain kampanye pemasaran sosial dengan cara meningkatkan penggunaan kondom di antara pekerja seks komersial dan kliennya di Indonesia. Partner dari kerja sama ini adalah USAID HAPP, FUTURES, Consortium of Concerned Condom Manufacturers. Manfaat yang dapat diperoleh oleh industri adalah pengembangan pasar untuk kondom, dan kontribusi yang diberikan adalah keahlian pemasaran serta jaminan harga rendah dan sustainabel. Untuk sektor publik manfaat yang didapat adalah potongan harga dapat mencapai

target dan mencapai cakupan yang lebih tinggi, dan kontribusi yang bisa diberikan adalah akses terhadap jaringan sosial. Semua koordinasi dilakukan oleh USAID HAPP. Dampak dari kerja sama ini penggunaan kondom di antara Pekerja seks komersial mencapai 30% di tahun 2019 misalnya.

Kerja sama untuk meningkatkan konsumsi garam beryodium dilakukan di Pakistan. Kerja sama internasional ini bertujuan untuk meningkatkan konsumsi garam beryodium untuk mengatasi masalah kekurangan yodium yang dapat menyebabkan gondok melalui kombinasi kampanye pemasaran sosial untuk meningkatkan permintaan dan meyakinkan produser agar menghasilkan garam beryodium. Partner kerja sama ini adalah UNICEF, Canadian International Development Agencies, Population Services International (PSI), Social Marketing Pakistan (SMP) dan pemerintah Pakistan. Proyek didesain dan dikelola oleh UNICEF, dengan pendanaan dari CIDA, PSI dan SMP dikontrak untuk

mengimplementasikan proyek. Dampak dari kerja sam ini selam kurang dari dua tahun pengguna garam beryodim meningkat di atas 35 juta orang.

Pemerintah Bangladesh ingin meningkatkan akses ke keluarga berencana (*Family Planning/FP*) dan pelayanan kesehatan ibu dan anak (*Maternal and Child Health /MCH*) untuk masyarakat di daerah pedesaan. Pemerintah mengesahkan peraturan dan mengadopsi kebijakan populasi nasional yang mendorong *Nongovernment Organizations* (NGOs) untuk menambah dan melengkapi program keluarga berencana dan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Lalu NGOs bekerja sama dengan pemerintah dan agensi-agensi pendanaan bilateral. Dari hasil kerja sama ini memberikan pelayanan FP/MCH hampir 25 persen pada pasangan yang memenuhi syarat.

Dalam usaha yang meliputi seluruh dunia, WHO mempromosikan gerakan Kota Sehat dengan jalan mengajak masyarakat kota bekerja sama dalam cara partisipasi untuk meningkatkan akses dalam menjaga kesehatan, meningkatkan pelayanan, membuat lingkungan yang lebih sehat, dan mencegah penyakit. Kota-kota, NGOs, organisasi masyarakat, dan masyarakat yang tinggal di kota-kota di seluruh dunia mengambil tindakan inovatif untuk mempromosikan lingkungan yang sehat, dan gaya hidup sehat.

Di Bolivia, Departemen Kesehatan Bolivia berusaha untuk meningkatkan kemampuan *oral rehydration salts* (ORS) melalui sistem distribusi departemen yang terbatas. Pertama, Departemen Kesehatan mengadakan rapat untuk melihat penggunaan ORS secara nasional dan tingkat kematian bayi, dan mengidentifikasi kandidat partner dari sektor swasta. Hasil dari rapat adalah pemerintah mengganti pembatasan resep pada ORS. Kerja sama yang terdiri dari Departemen Kesehatan, dua perusahaan sektor swasta, Pan American Health Organization, Unicef, USAID (*United States Agency for International Development*) menghasilkan dua produk baru ORS. Di Brasil, pemerintahnya telah mendesentralisasi manajemen pelayanan kesehatan ke tingkat kota. Sekretariat Kesehatan kota melakukan kerja sama kontraktual dengan *Sociedad Civil Bem-Estar Familiar do Brasil* (BEMFAM) untuk memberikan pelayanan kesehatan di 12 negara bagian Brasil. BEMFAM dan 900 kota memformalisasi kerja sama mereka dengan kontrak. Untuk pemberian pelayanan, BEMFAM membangun kapasitas pekerja kesehatan kota untuk memberikan pelayanan keluarga berencana dan pelayanan kesehatan reproduktif lainnya.

Di El Salvador, Departemen kesehatan ingin meningkatkan akses pelayanan pemeliharaan kesehatan yang utama di 90 komunitas pedesaan. Departemen Kesehatan menandatangani kontrak dengan NGOs untuk memberikan ulasan tentang pemeliharaan kesehatan pada komunitas. Departemen juga melakukan kerja sama dengan 240 promotor kesehatan NGOs untuk proyek pembangunan bilateral.

Di Kenya, sektor swasta, *Seventh Day Adventist* (SDA) dan *World Bank* melakukan kerja sama pelayanan kesehatan di pedesaan dan juga ketiga pihak ini bekerja sama dengan komunitas lokal untuk meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan reproduktif.

PHASE (*Personal Hygiene and Sanitation Education*) *GlaxoSmithKline* adalah program pendidikan kesehatan yang targetnya adalah anak-anak sekolah berusia 6 sampai 13 tahun. Program ini bertujuan untuk mengurangi penyakit diare, dan menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan tangan. Partner yang terlibat adalah *GlaxoSmithKline*, Departemen Kesehatan dan Pendidikan, NGOs lokal. Program ini diuji coba pertama kali di Kenya. Lalu program ini juga dilakukan di Uganda, Peru dan Nikaragua.

ANALISA TENTANG MODEL PPP PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Pemerintah daerah harus mencari cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di daerah saat ini masih belum baik, terutama untuk masyarakat kalangan bawah. Adanya desentralisasi dinas kesehatan membuat pemerintah daerah harus memikirkan alternatif yang bisa digunakan untuk mengatasi pelayanan kesehatan. Salah satu alternatif yang bisa dikembangkan adalah kerja sama pemerintah daerah dengan pihak swasta.

Bidang-bidang yang dapat dikembangkan dalam kerja sama pelayanan kesehatan antara lain, perbaikan pangan dan gizi, kerja sama dalam promosi dan pemenuhan hak reproduksi.

Kerja sama dalam promosi dan pemenuhan hak reproduksi

Dalam artikel yang dikeluarkan www.bkkbn.go.id, pada saat konferensi internasional kependudukan dan pembangunan di Cairo, peserta konferensi menetapkan kesepakatan terhadap hak-hak reproduksi. Hak-hak reproduksi meliputi:

[Universitas Esa Unggul](http://esaunggul.ac.id)

128 / 426

<http://esaunggul.ac.id>

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
3. Hak untuk kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak
5. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran atau masalah jender
6. Hak atas kebebasan dan keamanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi
8. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi
9. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan reproduksinya
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang bernuansa kesehatan reproduksi
12. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

Untuk melindungi hak-hak tersebut dan agar tidak terjadi penyimpangan atau penyalahgunaan, maka BKKBN membuat langkah- langkah yang tepat, antara lain :

4. Mengintegrasikan kegiatan yang menyangkut upaya promosi hak-hak reproduksi dengan pelaksanaan program KB dan program-program pembangunan lainnya.
5. Mengembangkan berbagai inovasi penanggulangan pelanggaran dan perlindungan hak-hak reproduksi yang sesuai dengan kondisi dan situasi daerah masing-masing.
6. Meningkatkan kerjasama dan kemitraan dengan lembaga pemerintah,

LSM/LSOM, swasta, dan masyarakat dalam membentuk jaringan kerja untuk mendukung proses *monitoring* dan *follow-up* pelanggaran hak-hak reproduksi.

Model kerja sama yang dapat dikembangkan atau digunakan dalam promosi dan pemenuhan hak reproduksi adalah dengan mengadakan kontrak antara BKKBN dengan perusahaan swasta yang bergerak dalam bidang alat kontrasepsi untuk membuat alat-alat kontrasepsi dengan harga jual yang murah, sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat kelas bawah.

Kerja Sama dalam Perbaikan Pangan dan Gizi

Pangan dan gizi merupakan unsur penting untuk mendukung kesehatan, yang pada gilirannya akan bermuara pada peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu manusia yang sehat, mampu hidup lebih lama, cerdas, terampil, berwawasan masa depan dan produktif. Oleh karena itu, pembangunan di bidang pangan dan gizi serta upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal merupakan pembangunan yang tidak bisa ditawar-tawar lagi dalam upaya pembentukan SDM yang berkualitas. Permasalahannya, meskipun pembangunan di bidang pangan dan perbaikan gizi serta upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah menjadi komitmen pemerintah; tidak jarang dalam pelaksanaannya sering kurang mendapat prioritas yang tinggi, terutama jika dikaitkan dengan pengalokasian Dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Depdagri dan Depdiknas mengadakan kerja sama perbaikan pangan, gizi dan kesehatan masyarakat dengan membentuk Badan Kerja Sama Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat (BKS-PGKM). Badan ini dirancang untuk membantu Pemerintah Daerah dalam pengembangan program pangan, gizi dan kesehatan masyarakat dengan menggunakan konsep DIDANI (Desa Integrated Development Approach for Nutrition Improvement).

Badan ini membuat kerja sama dengan pihak lain, yaitu dengan:

4. Melaksanakan kegiatan kerjasama dengan Dinas Perkebunan Kabupaten Sukoharjo dalam Studi Potensi Pengembangan Industri Berbahan Baku

Wijen.

5. Menjalin kerjasama secara berkesinambungan dengan Pemerintah Kabupaten/Kota di bidang PGKM dengan pembentukan desa binaan, serta pembinaan Pasca Program khususnya di desa Gawan, Kecamatan Colomadu Kabupaten Karanganyar.
6. Mengupayakan pelaksanaan kegiatan kerjasama dengan Dinas Kesehatan dalam rangka paradigma sehat (Indonesia Sehat 2010) dengan peningkatan SDM, Pembangunan berwawasan Kesehatan, Desentralisasi Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) pada tiap Posyandu di desa binaan.

Kerja sama dalam Bidang-bidang Lain

Indonesia dapat mencontoh model kerja sama yang dilakukan oleh USAID di Amerika Tengah untuk mempromosikan kebersihan tangan dengan cara mencuci tangan dengan sabun. Partner kerja sama ini dapat dilakukan antara departemen kesehatan, perusahaan sabun, media masa, badan donor. Departemen kesehatan dapat melakukan kontrak kerja sama dengan perusahaan sabun, agar perusahaan itu meningkatkan produksi sabun; mengikat kontrak dengan media masa untuk mengiklankan kebersihan mencuci tangan dengan sabun, dan badan donor dapat mendanai proyek tersebut.

Untuk mengatasi wabah malaria yang masih terjadi di daerah-daerah pedesaan atau terpencil, pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain untuk meningkatkan penggunaan obat penyemprot nyamuk malaria. Kerja sama ini dapat dilakukan dengan badan WHO, perusahaan farmasi/kimia. WHO dapat berperan sebagai badan penasehat, pemerintah mengikat kontrak dengan perusahaan kimia untuk memproduksi obat penyemprot malaria dan obat untuk pencegahan malaria. Selain itu, pemerintah dapat mendesain, melakukan, dan mendanai penyuluhan-penyuluhan tentang pencegahan penyakit malaria. Dalam hal ini pemerintah bekerja sama dengan badan-badan seperti LSM, atau membangun kapasitas pekerja kesehatan untuk memberikan penyuluhan.

Untuk menanggulangi dan mencegah penyebaran AIDS, pemerintah dapat melakukan model kerja sama yang dilakukan oleh USAID HAPP untuk meningkatkan penggunaan kondom. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan kontrak dengan

perusahaan yang memproduksi kondom. Pemerintah juga dapat mendisain, mengoperasikan, dan mendanai penyuluhan-penyuluhan tentang bahaya penyakit aids dan penyalah-gunaan Narkoba, bekerja sama dengan pihak LSM untuk melakukan penyuluhan tersebut. Bagi penderita Aids dan Narkoba, pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan perusahaan kontraktor untuk membangun rumah sakit atau tempat rehabilitasi narkoba.

Ada banyak pilihan kemitraan pemerintah dan swasta. Beberapa isu kerja sama yang berkembang di Indonesia antara lain, kerja sama dalam perumusan kebijaksanaan dan perencanaan kesehatan. Misal: dalam menyusun rencana strategis kabupaten/kota dan provinsi NTT tahun 2000 melibatkan sejumlah lembaga swadaya masyarakat (LSM), penyedia pelayanan kesehatan swasta, dan lembaga donor. Bentuk kerja sama lain adalah menjaga akuntabilitas pembangunan kesehatan. Di sejumlah kota dan provinsi, kalangan LSM mendirikan forum bersama yang disebut Koalisi Sehat. Perannya antara lain, melakukan advokasi kepada pemda setempat agar memberikan komitmen lebih besar untuk sektor kesehatan, serta mengevaluasi kinerja pembangunan kesehatan yang dilakukan pemerintah dan swasta. Hal lain adalah kerja sama dalam penyediaan pelayanan kesehatan, seperti *contracting out* kegiatan tertentu kepada swasta. Pemerintah daerah Kabupaten Lembata, Flores, memberikan anggaran untuk melaksanakan program pemerintah kepada rumah sakit swasta yang ada,

sehingga pemerintah daerah tidak perlu membangun rumah sakit. Kegiatan lain yang bisa dikontrakkan adalah penyemprotan pengendalian vektor malaria, promosi kesehatan, imunisasi, penemuan kasus dan pengobatan Tuberculosis serta penyakit lain.

Kerjasama juga dilakukan dalam pembiayaan kesehatan. Pemerintah memberikan otonomi lebih besar kepada rumah sakit dan puskesmas untuk menangkap potensi pasar, dengan mengajak pihak swasta. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tangerang bekerja sama dengan General Electric, membangun ruang rawat kelas VIP dengan kesepakatan bagi hasil dalam periode waktu tertentu.

Kesehatan sangat diperlukan untuk membangun masyarakat yang berkualitas. Kesehatan selain menjadi tanggung jawab diri sendiri, jugamenjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Salah satu tugas pemerintah daerah adalah meningkatkan pelayanan kesehatan publik.

Pelayanan kesehatan publik ini bila ditangani sendirian oleh pemerintah tidak akan mencapai kualitas pelayanan yang baik. Pemerintah perlu mencari cara yang dapat membantunya dalam peningkatan pelayanan. *Public-private partnership* atau kerja sama antara pemerintah daerah (sektor publik) dengan pihak swasta. Dengan kerja sama antara dua sektor atau lebih ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan. Kerja sama ini bisa juga dilakukan antarsesama pihak organisasi/unit sektor publik. Misalnya kerja sama antara dinas kesehatan dengan dinas pendidikan.

Model-model kerja sama antara pemerintah daerah dan pihak swasta bentuknya bermacam-macam. Contohnya: kerja sama dalam pengadaan alat-alat kontrasepsi, penanggulangan kerja sama aids dan penyalahgunaan obat-obatan, perbaikan gizi dan pangan, pem-berantasan dan pengendalian vektor/bibit penyakit malaria, tuberkulosis. Model-model yang dapat digunakan antara lain: *product-based partnership*, *product development partnership*, *system/issues-based partnership*, konsensi, bagi hasil, dan sebagainya.

Dengan adanya kerja sama pemerintah daerah dengan pihak swasta beberapa masalah pelayanan kesehatan yang terjadi dapat diatasi. Masyarakat merasa tercukupi kebutuhannya atas pelayanan kesehatan yang baik.

G. Latihan

5. Mengapa Kerjasama sangat penting dalam Manajemen Pemasaran PPK ?
6. Sebutkan alasannya mengapa bisa terjadi dalam perkembangan bisnis pemasaran dalam pelayanan kesehatan ?

H. Kunci Jawaban

3. Kerjasama perlu dilakukan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Contohnya : Pemerintah memberikan otonomi lebih besar kepada rumah sakit dan puskesmas untuk menangkap potensi pasar, dengan mengajak pihak swasta. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tangerang bekerja sama dengan General Electric, membangun ruang rawat kelas VIP dengan kesepakatan bagi hasil dalam periode

waktu tertentu.

4. Kesehatan sangat diperlukan untuk membangun masyarakat yang berkualitas. Kesehatan selain menjadi tanggung jawab diri sendiri, juga menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Salah satu tugas pemerintah daerah adalah meningkatkan pelayanan kesehatan publik. Pelayanan kesehatan publik ini bila ditangani sendirian oleh pemerintah tidak akan mencapai kualitas pelayanan yang baik. Pemerintah perlu mencari cara yang dapat membantunya dalam peningkatan pelayanan. *Public Private Partnership (PPP)* atau kerja sama antara pemerintah daerah (sektor publik) dengan pihak swasta. Dengan kerja sama antara dua sektor atau lebih ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan. Kerja sama ini bisa juga dilakukan antarsesama pihak organisasi/unit sektor publik. Misalnya kerja sama antara dinas kesehatan dengan dinas pendidikan.

I. Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFY-Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., “*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*”, artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, “*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- “*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*”, diakses dari www.aplcare.com.
- “*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*”, diakses dari www.bkkbn.go.id.
- “*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., “*Public-Private Partnership for Public Health*”, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, “*Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan*”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “*Public Private Services Team Up*”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Thomas, A., dan Valerie Curtis, “*Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice*”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Wilson, Donna, “*Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never*”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Walujani, Atika, “*Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta*”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.

Universitas
Esa Unggul

**MODUL PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN
(KAK 353)**

**MODUL 08
PERILAKU KONSUMEN KESEHATAN**

**DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023**

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Perilaku Konsumen dalam Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Perilaku Konsumen Kesehatan bagi Provider Pelayanan Kesehatan
3. Memahami manfaat Perilaku Konsumen di Pelayanan Kesehatan di PPK

B. Uraian dan Contoh

C. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- g. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- h. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- i. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

D. Topik Perkuliahan : Perilaku Konsumen Kesehatan

4. Uraian :

A. DEFINISI PERILAKU KONSUMEN

Menurut Wells dan Prentsky (1996), disiplin perilaku konsumen adalah studi tentang konsumen ketika mereka melakukan pertukaran sesuatu yang berharga untuk sebuah produk atau jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Perilaku konsumen dapat dipandang sebagai sebuah proses yang melibatkan pemilihan, pembelian, penggunaan, evaluasi, dan menghabiskan barang dan jasa yang akan memenuhi kebutuhan seseorang. Studi perilaku konsumen juga melibatkan bagaimana konsumen memutuskan dan menghabiskan waktu dan uang mereka untuk membeli dan mengonsumsi produk dan jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana para pemasar berusaha menawarkan

produk dan jasa yang memenuhi kebutuhan konsumen sehingga konsumen mau membeli barang dari pemasar. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana pengambil keputusan berusaha mempengaruhi konsumen, pemasar, dan peraturan perundang-undangan.

Definisi lain dari perilaku konsumen menurut Blythe (2008) adalah interaksi yang dinamis antara afeksi, kognisi, perilaku, dan lingkungan dimana manusia melakukan pertukaran berbagai aspek dalam kehidupannya. Menurut Danek (1989), definisi tersebut menggambarkan bahwa perilaku konsumen adalah dinamis. Definisi tersebut menekankan hubungan berbagai unsur berbeda dalam menentukan perilaku konsumen. Perspektif ini menjadi alasan mengapa sebuah strategi perlu dievaluasi terus menerus karena sebuah strategi mungkin berlaku pada masa lalu, namun mungkin tidak akan berlaku pada masa depan, dikarenakan pengaruh yang membentuk perilaku itu berubah sepanjang waktu. Definisi yang telah dikemukakan diatas juga meliputi konsep pemasaran sebagai sebuah manajemen pertukaran yang diterima oleh semua pemasar. Seorang ayah yang menjanjikan seorang anaknya sebuah makanan sebagai hadiah untuk perilakunya yang baik diartikan sebagai proses pemasaran.

Blythe (2008) menggambarkan bahwa ada interaksi antara emosi konasi atau kecenderungan perilaku dan kognisi atau proses berfikir serta faktor lingkungan dan personal yang akan menghantarkan perilaku konsumen. Gambar ini menunjukkan bahwa sikap dasar yang terbentuk dari pikiran, emosi dan kecenderungan perilaku dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan personal yang akan menghasilkan perilaku. Pemasar dapat memengaruhi proses tersebut. Pada beberapa titik, pemasar dapat mempengaruhi jalan pikiran konsumen dengan memberikan informasi yang tepat pada waktu yang tepat. Pemasar dapat mempengaruhi emosi dengan menyediakan komunikasi yang baik. Pemasar dapat mempengaruhi lingkungan stimulus yang tepat misalnya toko yang menyediakan jaringan yang mudah untuk

menstimulasi pembelian. Pemasar dapat mendorong konsumsi lebih banyak karena pemasaran yang baik tidak berhenti pada satu titik penjualan, pemasar akan mencar tempat-tempat lain untuk memasarkan atau menjual produknya.

Perilaku konsumen juga menjadi daya tarik bagi para peneliti. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Pada masa lalu, perilaku konsumen hanya berfokus kepada mengapa konsumen belanja. Saat ini, fokus perhatian studi konsumen lebih luas, yang meliputi perilaku konsumsi termasuk didalamnya mengapa dan bagaimana konsumen mengkonsumsi studi konsumen bukan saja menarik perhatian para pemasar. Studi perilaku konsumen bahkan menarik perhatian bukan pemasar, karena apa? Karena kita semua adalah konsumen.

Definisi lain dari perilaku konsumen adalah semua kegiatan, tindakan, serta proses psikologis yang mendorong tindakan pembelian, baik pada saat sebelum melakukan pembelian, ketika melakukan pembelian, saat menggunakan, menghabiskan produk dan jasa, serta hal-hal lainnya terkait pembelian atau kegiatan mengevaluasi pembelian. Dari hal tersebut beberapa bagian penting dari perilaku konsumen adalah proses setelah konsumsi dan evaluasi. Selain itu, perlu diperhatikan bagaimana konsumen memperlakukan kemasan setelah ia mengonsumsi isinya. Kemasan akan berpengaruh negatif terhadap lingkungan jika kemasan tidak dibuang dengan cara yang benar. Konsumen harus dididik bagaimana cara membuang kemasan dengan benar. Peter dan Olson (1999) mengemukakan bahwa "*Perilaku konsumen merupakan hal yang dinamis karena berpikir, merasakan, dan tindakan individu konsumen, menargetkan grup konsumen, dan masyarakat luas yang terus menerus berubah*" (dikutip sesuai aslinya dari hal 6).

Konsumen dibagi dua, yakni **konsumen individu** atau **konsumen rumah tangga**, dan **konsumen organisasi**. **Konsumen individu** umumnya melakukan pembelian produk dengan tujuan konsumsi pribadi atau untuk diberikan ke orang lain. Jenis konsumen kedua

disebut dengan konsumen organisasi. **Konsumen organisasi** umumnya membeli produk, baik peralatan atau jasa untuk tujuan organisasi. Sebagai contoh, IPB dapat disebut dengan konsumen, di mana IPB melakukan pembelian peralatan, bahan untuk kegiatan proses belajar mengajar, membangun gedung, membeli fasilitas gedung atau kantor, membeli AC atau kipas angin dan pembelian barang lainnya. Contoh lain dari konsumen organisasi adalah pemerintah dan perusahaan. Perusahaan atau produsen adalah konsumen organisasi atau konsumen bisnis yang membeli barang dan jasa untuk proses produksi yang akan menghasilkan barang dan jasa lainnya. Pada mata kuliah ini, yang akan menjadi fokus kita adalah konsumen individu.

B. BAGAIMANA MEMPELAJARI PERILAKU KONSUMEN

Dalam meneliti atau mengamati tentang perilaku konsumen, seseorang cenderung membuat pertanyaan dengan acuan 5W+1H. Demikian pula dalam perilaku konsumen, pertanyaan **siapa (*who*)**, **mengapa (*why*)**, **kapan (*when*)**, **apa (*what*)**, **punya siapa (*whose*)**, dan **bagaimana (*how*)** untuk memahami perilaku konsumen. Misalnya, ketika peneliti menanyakan pertanyaan apa yang anda beli jika anda ingin terlihat cantik, atau mengapa kita membeli produk tersebut, kapan membelinya, di mana membelinya, berapa sering membeli produk tersebut, atau berapa sering menggunakan produk tersebut. Keinginan masyarakat seringkali harus dipenuhi dengan cara membeli produk. Hal ini menjadikan peluang pasar bagi para pengusaha atau entrepreneur. Dengan kata lain, produk yang bertujuan untuk memenuhi keinginan masyarakat tersebut dan memberikan peluang kerja bagi banyak orang. Semakin bagus perusahaan atau pasar memahami perilaku masyarakat, semakin mampu pasar menyediakan barang dan jasa yang diperlukan. Selanjutnya, dengan menanyakan pertanyaan yang berlandaskan 5W+1H, maka secara tidak langsung peneliti telah berusaha memahami perilaku konsumen.

Kardes (2002) menyatakan bahwa “*Memahami konsumen dan alasan konsumen melakukan dalam sebuah pemilihan, penelitian dilakukan terhadap konsumen yang meliputi, tanggapan secara affective, cognitive dan behavioral. Affective Responses merupakan perasaan dan emosi yang alami ketika kita membaca, mendengarkan, berpikir, saat menggunakan suatu produk. Cognitive Responses yaitu keyakinan, pendapat, sikap, dan maksud dari suatu produk dan jasa, tanggapan ini berupa evaluative atau nonevaluative dari sebuah sikap, dan cakupan tanggapan ini dapat menjadi sangat specific yang mengacu suatu merek atau atribut tertentu atau sangat luas yang mengarah pada suatu tingkatan produk. Behavioral Responses termasuk keputusan pembelian dan konsumsi relative yang melibatkan dalam memperoleh, menggunakan suatu produk atau jasa. Faktor utama yang mempengaruhi suatu respon yaitu orang, situasional, dan situasi interaksi seseorang (dikutip sesuai aslinya dari hal 6).*

Salah satu dimensi konsumen yang penting adalah bagaimana memperoleh barang dan jasa. Konsumen mendapat barang, misalnya hadiah, buatan sendiri, warisan, atau membeli. Beberapa waktu yang lalu, mungkin masyarakat lebih banyak yang membuat sendiri berbagai keperluan dibandingkan membeli produk untuk untuk memenuhi kebutuhannya. Hal tersebut menyebabkan perekonomian dunia menjadi maju, karena masyarakat yang tidak lagi memproduksi barang keperluan mereka sendiri melainkan diproduksi oleh orang lain.

Istilah konsumsi tergantung pada produknya. Jika produk yang dibicarakan adalah makanan maka disebut dengan memakan, dan lain sebagainya. Selain itu, olahraga juga merupakan salah satu bentuk produk yang juga dikonsumsi oleh banyak orang. Contoh lain dapat berupa memiliki, mengendarai, menempati, maupun merawat. Semua istilah tersebut termasuk dalam konsumsi. Dengan kata lain, istilah konsumsi memiliki banyak makna. Bagian dari perilaku konsumen adalah bagaimana menghilangkan sisa konsumsi. Inilah yang perlu

diperhatikan, apakah sisa konsumsi tersebut akan diberikan kepada orang lain, dibuang, didaur ulang, atau justru dijual kembali. Hal tersebut merupakan salah satu perilaku menghilangkan sisa konsumsi.

Saat ini, perusahaan didorong agar menghasilkan produk yang berasal dari daur ulang atau memiliki kemasan yang ramah lingkungan, sehingga dapat dengan mudah didaur ulang. Hal tersebut juga diutamakan untuk penggunaan produk yang sangat tinggi, seperti produk dari kertas. Semua universitas saat ini sedang berusaha untuk mengurangi konsumsi kertas, salah satunya dengan cara membuat tugas dengan menggunakan minimal kertas atau menggunakan kertas bolak balik, meskipun hal tersebut masih belum dijalankan dengan maksimal dan memerlukan waktu yang cukup lama.

C. **PERSAMAAN PERILAKU KONSUMEN DI DUNIA**

Gambaran perilaku konsumen di dunia memiliki berbagai persamaan. Misalnya, kebutuhan biologis yang salah satunya adalah makan dan minum. Masyarakat membutuhkan makanan dan minuman, hanya saja berbeda dari jenis makanan dan minuman yang dibutuhkan, berbeda cara memasak atau segi lain. Contoh lain, yakni orang membutuhkan pakaian dan aksesories yang setiap orang di dunia memiliki kecenderungan yang hampir sama. Terkadang, adanya persatuan di dunia bukan saja oleh faktor agama, tetapi juga dapat dipersatukan oleh merek. Sebagai contoh merek produk barang mempersatukan orang adalah ketika kita berbicara tentang merek jam tangan Rolex. Orang Amerika, orang Australia, orang Eropa, ataupun orang Indonesia mempunyai *image* yang sama tentang merek Rolex. Contoh lain yang dapat mempersatukan adalah olahraga. Olahraga ini meskipun kategori kedua yang mempersatukan banyak orang. Fenomena yang sering terjadi juga misalnya ketika terdapat dua negara yang saling bertengkar namun tetap sama-sama menonton pertandingan sepakbola atau olahraga yang sama. Kesamaan inilah yang menyebabkan disiplin perilaku konsumen berkembang pesat.

Globalisasi mempercepat arus barang dan jasa. Indonesia dalam beberapa waktu dekat ini (2016) akan memasuki era AEC (*Asean Economic Community*) dimana negara-negara ASEAN dapat mengirimkan barang dan jasa ke negara Asean yang lain dengan beberapa peraturan, juga dengan mengurangi tarif dan hambatan tarif import, sehingga barang dari negara lain akan mudah ditemukan. AEC cenderung lebih menguntungkan bagi negara di luar Indonesia, mengingat jumlah penduduknya sangat banyak.

Sebagai contoh, dalam industri penerbangan sudah jelas bahwa Indonesia tidak diuntungkan oleh AEC ini. Rute yang dimiliki Indonesia untuk industri penerbangan sangatlah banyak, misalnya dari Aceh ke Papua yang memakan waktu sampai 6 jam yang sama dengan perjalanan dari Moskow ke Belanda. Selain itu, penerbangan di Indonesia akan memiliki rute yang sangat banyak. Dengan kata lain, Indonesia memberikan keberkahan bagi bangsa lain. Contoh lain adalah industri makanan cepat saji. Sampai saat ini, belum pernah ada kabar yang mengatakan bahwa McD rugi di Indonesia. Oleh karena itu, dapat terlihat bahwa banyak manfaat yang diberikan oleh Indonesia bagi bangsa lain. Jika AEC dilaksanakan, maka Indonesia memiliki peluang yang sangat besar jika didukung dengan kepemilikan sumber daya manusia yang baik. Misalnya dengan membanjiri Negara Singapura dan Malaysia dengan SDM selevel sarjana atau lebih yang ahli di bidang-bidang tertentu, seperti ahli komputer, ahli pertanian, ahli kehutanan, atau ahli perikanan. Hal tersebut dapat dimungkinkan karena negara Singapura dan Malaysia kekurangan tenaga kerja.

D. MENGAPA MEMPELAJARI PERILAKU KONSUMEN ?

Perilaku konsumen merupakan ilmu yang diturunkan dari teori ekonomi mikro. Salah satu teori ekonomi membahas tentang teori permintaan di mana permintaan adalah perilaku konsumen. Ketika seseorang melakukan pembelian atau permintaan hal tersebut juga dapat dikatakan sebagai perilaku konsumen di mana permintaan

dipengaruhi oleh harga. Perilaku konsumen mengembangkan teorinya dengan mengintegrasikan dari ilmu lain yakni ilmu sosiologi. Fenomena yang terjadi, terdapat beberapa alasan atau faktor selain harga yang dapat mempengaruhi konsumen dalam melakukan pembelian produk. Faktor lain tersebut dapat berupa kesukaan warna atau bentuk. Selain itu, faktor psikologis yang di dalamnya terdapat motivasi juga akan memengaruhi permintaan di dalam model tersebut. Teori permintaan menyederhanakan model perilaku konsumen, sedangkan disiplin perilaku konsumen dalam modul ini mempertimbangkan semua faktor yang memengaruhi perilaku konsumen.

E. MODEL KEPUTUSAN KONSUMEN

Model keputusan konsumen dapat dibedakan menjadi tiga, yakni berdasarkan perspektif pengambilan keputusan, perspektif eksperiensial, dan perspektif pengaruh perilaku. Perspektif yang pertama yang perlu diperhatikan adalah perspektif pengambilan keputusan. Konsumen sebagai individu yang memiliki masalah kemudian mencoba memecahkan masalah tersebut, salah satunya dengan melakukan pembelian barang atau jasa. Perspektif yang kedua disebut dengan perspektif eksperiensial atau pengalaman. Perspektif ini melihat individu memutuskan sesuatu bukan karena rasional. Dalam perspektif eksperiensial individu melakukan beberapa hal, seperti membandingkan biaya atau membandingkan manfaat untuk keuntungan pribadinya berdasarkan emosional. Misalnya, saat ini banyak orang yang melakukan pembelian handphone bukan karena kebutuhan yang mendesak melainkan karena alasan gaya hidup atau jenis terbaru dari handphone tertentu merupakan handphone model terbaru yang baru muncul di pasaran. Kecenderungan tersebut terjadi meskipun handphone yang sebelumnya dimiliki oleh individu masih berfungsi dengan baik. Pembelian juga dapat terjadi akibat adanya hubungan emosional, hubungan dengan masa lalunya atau dengan teman-temannya. Misalnya, seseorang yang tidak berencana dan tidak

menyukai suatu produk baju terpaksa membeli baju karena alasan baju tersebut adalah seragam yang harus dikenakan di acara tertentu.

Selanjutnya, terdapat perspektif pengaruh behavioral (perilaku) di mana pembelian produk dipengaruhi bukan oleh rasionalitas atau karena suatu hubungan emosi melainkan adanya pengaruh orang lain, seperti orang tua, atau pengaruh budaya, atau bahkan pengaruh lingkungan. Sebagai contoh, ada beberapa mahasiswa yang kuliah bukan karena kemauan dirinya sendiri melainkan mengikuti permintaan orangtua. Banyak keputusan dilakukan karena pengaruh faktor luar atau pengaruh faktor pemasaran. Kegiatan pemasaran yang dilakukan dengan intensitas yang tinggi akan berpengaruh pada perilaku konsumen, sehingga melakukan pembelian suatu produk. Inilah yang disebut dengan 3 model proses keputusan. Keputusan konsumen sesungguhnya sebuah proses, keputusan tidak dilakukan pada suatu waktu tertentu tetapi dapat memiliki rentang waktu yang panjang, sebagaimana dikemukakan oleh Solomon (2010) *“Dalam tahap mengembangkan, bidang ini sering disebut sebagai perilaku pembeli, yang mencerminkan penekanan pada interaksi antara konsumen dan produsen pada saat pembelian. Kebanyakan pemasar sekarang mengakui bahwa perilaku konsumen adalah proses yang berkelanjutan, bukan hanya apa yang terjadi pada saat konsumen memegang uang atau kartu kredit dalam mengembalikan penerimaan barang atau jasa. Pertukaran adalah transaksi di mana dua atau lebih organisasi atau orang yang memberi dan menerima sesuatu yang bernilai, yang merupakan bagian pemasaran terintegrasi. Meskipun pertukaran menyisakan suatu bagian penting dari perilaku konsumen, pandangan ini diperluas dengan menekankan seluruh proses konsumsi, yang mencakup isu-isu yang mempengaruhi konsumen sebelum, selama, dan setelah pembelian”*. (Solomon, 2010. Chapter 1: Consumer In The Marketplace, Page 5)

Model pertama disebut model keputusan konsumen. Model pengambilan keputusan oleh konsumen dimulai pengenalan kebutuhan, pencarian informasi, evaluasi alternatif, pemulihan dan

diakhiri dengan kepuasan konsumen. Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi keputusan konsumen, salah satunya adalah perbedaan individu dan faktor perlindungan dan pemasaran, atau faktor lingkungan. Pengetahuan mengenai perilaku konsumen akan menimbulkan implikasi pada seseorang berupa pemahaman tentang strategi pemasaran, riset dan kebijakan publik. Model keputusan konsumen salah satunya dipengaruhi oleh strategi pemasaran. Jadi hal-hal yang dilakukan oleh pemerintah, perusahaan, organisasi nirlaba, maupun partai politik termasuk salah satu tindakan pemasaran. Sebagai contoh, pemasaran partai politik yang dilakukan di lingkungan sekitar dalam bentuk spanduk yang dipasang di tempat-tempat strategis dan ruang publik. Pemasaran tersebut dilakukan dengan tujuan untuk menarik perhatian masyarakat serta membujuk masyarakat agar bersedia memilih partai politik tersebut. Contoh lain yang dilakukan oleh yayasan, dengan memasarkan himbauan untuk tidak menebang pohon atau tidak membuang sampah sembarangan. Instansi lain yang juga melakukan pemasaran adalah pemerintah, di mana pemerintah salah satunya memasang spanduk yang bertuliskan “bayar pajak tepat waktu”. Pemasaran yang dilakukan oleh pemerintah tersebut merupakan ide agar masyarakat bersedia membayar pajak tepat waktu. Contoh lain yang paling sering melakukan pemasaran adalah perusahaan. Di media yang paling dekat jangkauannya dengan konsumen, seperti telepon genggam seringkali menerima pesan singkat mengenai iklan, atau bahkan iklan yang dimuat di televisi yang muncul mulai dari seseorang bangun tidur sampai orang tersebut tidur kembali. Hal-hal tersebutlah yang disebut dengan pemasaran. Gambar 1.1 memperlihatkan model keputusan konsumen. Proses keputusan konsumen dipengaruhi oleh 3 faktor utama: **strategi pemasaran, perbedaan individu, dan faktor lingkungan**. Faktor perbedaan individu adalah motivasi, kepribadian, konsep diri, pengelolaan informasi, proses belajar, pengetahuan, sikap, maupun agama. Hal-hal tersebut adalah hal-hal yang bersifat pribadi yang mempengaruhi proses keputusan konsumen. Setelah

memahami proses keputusan konsumen, maka pengambil kebijakan dapat merumuskan kebijakan yang tepat untuk melindungi konsumen. Pemasar yang memahami keputusan konsumen, maka ia dapat merumuskan strategi pemasaran yang tepat. Para pendidik konsumen yang memahami proses keputusan konsumen, maka ia dapat membuat program dan kegiatan pemberdayaan konsumen cerdas dan bijak.

PIHAK YANG BERKEPENTINGAN MEMPELAJARI PERILAKU KONSUMEN

Terdapat beberapa alasan untuk mempelajari perilaku konsumen. Perilaku konsumen pertama kali mungkin akan dipelajari oleh perusahaan. Perusahaan berkepentingan dalam memahami perilaku konsumen untuk mempertahankan pelanggan lama dan merebut pelanggan baru. Sebagai contoh, salah satu perilaku adalah dengan memperhatikan di mana konsumen banyak tinggal sehingga perusahaan dapat menempatkan toko di tempat yang dekat dengan konsumen. Contoh lain, perusahaan juga dapat mengamati warna apa yang paling banyak disukai konsumen. Selanjutnya, perusahaan memproduksi produk dengan warna yang banyak disukai konsumen tersebut. Alternatif lain dapat dilakukan perusahaan setelah mengamati perilaku konsumen. Seperti produk motor, perusahaan sangat memahami bahwa daya beli konsumen di Indonesia terbatas sehingga jika penjualan motor mengandalkan penjualan tunai, maka penjualan motor tidak akan cepat laku. Oleh karena itu, solusinya adalah dengan menciptakan sistem kredit yang berimbang pada harga motor dengan pembelian kredit menjadi lebih mahal. Dengan adanya sistem kredit tersebut, akhirnya lembaga keuangan berkembang dan industri motor berkembang, serta konsumen bahagia. Kredit memungkinkan konsumen dapat membeli motor dengan cicilan tanpa menunggu lama harus mengumpulkan uang cukup untuk mampu membelinya. Pemasar memiliki kewajiban untuk memahami perilaku konsumen. Pemahaman yang benar mengenai

perilaku konsumen akan memudahkan para pemasar untuk merumuskan strategi pemasaran. Pemasar perlu memahami bagaimana konsumen melakukan proses keputusan konsumen. Pemasar perlu memahami apa yang disukai oleh konsumen, apa yang dibutuhkan oleh konsumen sehingga pemasar dapat membuat produk yang sesuai dengan kebutuhan konsumen. Pemasar juga perlu mengetahui dimana konsumen membeli produk, dimana konsumen menyukai tempat pembelian, dan suasana seperti apa yang disukai konsumen. Pemahaman mengenai tempat pembelian tersebut akan memudahkan pemasar didalam memilih tempat penjualan atau mendistribusikan produknya. Konsumen akan memiliki daya beli yang berbeda. Pemahaman yang tepat mengenai berbagai segmen konsumen berdasarkan daya belinya akan memudahkan perusahaan mampu merumuskan strategi harga yang tepat dalam produk yang dijualnya.

Melalui pemahaman mengenai berbagai macam kemampuan daya beli konsumen, maka perusahaan dapat memilih target konsumen yang tepat dengan daya beli yang sesuai dengan yang diinginkan oleh perusahaan. Konsumen memiliki kemampuan yang kritis sebelum mengambil keputusan. Konsumen membuktikan banyak informasi untuk memudahkan mengambil keputusan. Pemahaman yang tepat mengenai perilaku konsumen, menyebabkan perusahaan harus mampu berkomunikasi dan memberikan informasi yang tepat kepada konsumen. Komunikasi juga bertujuan menyampaikan informasi mengenai produk barang dan jasa. Komunikasi juga berfungsi untuk membujuk konsumen, sehingga mereka tertarik untuk membeli produk. Salah satu aplikasi lain dari perilaku konsumen adalah pada bidang riset. Bidang riset yang banyak dibutuhkan masyarakat adalah riset konsumen. Misalnya dalam sebuah perusahaan sudah tentu memiliki kepentingan untuk melakukan riset, di mana salah satunya adalah riset tentang pemasaran. Riset pemasaran memfokuskan riset kepada konsumen, sehingga orang yang telah mempelajari tentang perilaku konsumen dapat melakukan riset pemasaran di perusahaan

atau instansi lain yang membutuhkannya. Perusahaan riset pemasaran akan melakukan survey untuk mengambil data data perilaku konsumen, pengumpulan data yang tepat dan akurat dapat dilakukan jika perusahaan memahami teori dan konsep perilaku konsumen, sehingga dapat mengembangkan instrumen pengukuran yang tepat. Penerapan perilaku konsumen berikutnya adalah kebijakan dan peraturan pemerintah. Para pengambil kebijakan baik anggota DPR maupun pemerintah sangat berkepentingan memahami perilaku konsumen. Pengambil kebijakan berkepentingan untuk meningkatkan kesejahteraan konsumen. Peningkatan kesejahteraan memiliki arti bahwa konsumen mengonsumsi produk yang berkualitas dan produk yang sesuai dengan keyakinan konsumen. Pemerintah yang mengambil kebijakan membuat peraturan dan perundang-undangan melindungi kepentingan konsumen dan memastikan konsumen memilih barang yang tepat. Konsumen memiliki pengetahuan yang beragam bahkan seringkali dalam beberapa hal konsumen memiliki pengetahuan yang minim mengenai suatu produk. Dengan pemahaman seperti ini maka pemerintah harus mengambil kebijakan mengenai standar mutu barang dan jasa yang harus dipenuhi oleh perusahaan dalam rangka meningkatkan kualitas produk sehingga konsumen terhindar dari produk yang tidak berkualitas. Pemerintah dan DPR berkepentingan memahami perilaku konsumen dengan tujuan melindungi konsumen. Konsumen banyak yang belum memiliki pengetahuan mengenai produk yang menggunakan zat terlarang atau tidak sehingga pemerintah mengeluarkan peraturan mengenai *labeling*. Pelabelan tersebut mencantumkan label uji produk dan seterusnya yang melalui badan pemerintahan atau badan yang sudah terpercaya, seperti BPOM. Saat ini, dimensi perlindungan konsumen menjadi isu yang sangat besar sehingga pemerintah memerlukan departemen khusus yang menangani perlindungan konsumen, baik di bidang jasa keuangan, barang, maupun jasa. Selain itu, penipuan yang banyak terjadi juga adalah di bidang jasa keuangan, seperti penyalahgunaan kartu kredit. Tiga pihak yang

berkepentingan mempelajari konsumen, yang pertama pemasar, pemerintah, dan legislatif. Selanjutnya Mowen dan Minor (1998) menyatakan *“Pengetahuan tentang perilaku konsumen juga dapat membantu dalam pengembangan kebijakan publik karena berkaitan dengan perilaku konsumen, dalam pengembangan hukum dan peraturan yang berdampak konsumen di pasar. Dalam peran legislatif, peraturan, dan peradilan, pemerintah federal sering berkaitan dengan isu-isu konsumen. Dalam waktu berkala, misalnya proposal permukaan untuk membatasi, atau bahkan menghilangkan, kemampuan produsen rokok untuk mengiklankan produk mereka. Baru-baru ini, penelitian konsumen pada dampak karakter iklan Joe Camel telah memiliki anak-anak yang menonjol dalam perumusan peraturan federal baru dari perusahaan tembakau”* (sesuai kutipan aslinya yang tercantum pada Bab 1 Mowen Introduction hal 8)

Penerapan perilaku konsumen berikutnya adalah pada bidang pemasaran sosial. Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen. Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan- perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijelankannya.

Aplikasi perilaku konsumen berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis. Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi konsumen yang memiliki karakter tersebut. Konsumen diharapkan dapat mengambil keputusan dengan tepat. Selain itu, memahami perilaku konsumen juga penting untuk konsumen sendiri, agar konsumen dapat menjadi konsumen yang bijak, konsumen yang cerdas, dan konsumen yang dapat melindungi dirinya sendiri. Hal tersebut dikarenakan orang yang bisa memahami perilaku konsumen dapat terjerumus untuk menipu atau mengelabui konsumen. Sebagai contoh, kasus perusahaan membawa kabur uang muka pembangunan rumah. Kasus tersebut umumnya terjadi berulang dari tahun ke tahun dan di beberapa tempat yang berbeda. Hal tersebut terjadi karena perusahaan memahami benar perilaku orang, khususnya kelemahan konsumen, dengan emosi konsumen sehingga dari kelemahan tersebut perusahaan atau penipu memanfaatkannya. Oleh karena itu, dengan memahami perilaku konsumen ini sebaiknya kita bisa melindungi diri kita sendiri. Jadi, dengan memahami perilaku konsumen orang dapat menjadi lebih baik karena dapat melindungi konsumen sehingga konsumen dapat lebih berhati-hati dalam melakukan keputusan pembelian. Saat ini banyak terjadi kasus penculikan atau sejenisnya yang menimpa beberapa orang, terutama wanita melalui internet. Wanita tersebut dikelabui dengan ajakan menikah namun setelah ditelusuri ternyata laki-laki tersebut adalah penipu. Wanita tersebut diminta mentransfer uang. Penipuan tersebut dapat terjadi karena pelaku penipuan mengerti cara mengetahui wanita yang sedang galau untuk selanjutnya didekati.

Studi Perilaku Konsumen

Para ahli telah lama tertarik mempelajari dan memahami perilaku konsumen. Bukan saja para ahli akademisi yang tertarik dengan mempelajari konsumen, para produsen maupun pemasar juga sangat tertarik mempelajari perilaku konsumen. Perilaku konsumen dapat dipelajari di dalam berbagai perspektif. Perspektif pertama adalah dari sisi ekonomi, yaitu mempelajari permintaan dan penawaran, perspektif kedua dari sosiologi, yaitu mempelajari perilaku sebuah kelompok, perspektif ketiga yaitu psikologi yaitu mempelajari proses berpikir manusia, perspektif yang keempat yaitu antropologi, yaitu studi menjelaskan tentang apa yang membuat kita menjadi manusia. Konsumen sebagaimana dikemukakan oleh Khaled Ibn Abdul-Rahman Al-Jeraisy 2008: *Consumer Behavior: An Analytical Study of The Saudi Family's Purchase Decisions*. King Fahd National Library pada hal 46 yaitu:

1. Perilaku konsumen berdasarkan motif dan insentif
2. Perilaku konsumen meliputi beberapa kegiatan
3. Perilaku konsumen pergi melalui langkah-langkah yang berurutan
4. Perilaku konsumen bervariasi sesuai dengan waktu dan struktur
5. Perilaku konsumen termasuk peran yang berbeda
6. Perilaku konsumen dipengaruhi oleh faktor eksternal

Studi perilaku konsumen pada hakikatnya adalah melihat konsumen dari berbagai disiplin, pemasar juga akan memahami konsumen di dalam berbagai perspektif tersebut. Para ahli telah mendefinisikan perilaku konsumen. Pendekatan pertama di kemukakan oleh Engel Blackwell, Miniard (1995) yang mengemukakan bahwa perilaku konsumen adalah kegiatan yang dilakukan ketika orang atau seseorang mendapatkan, mengkonsumsi dan menghabiskan barang dan jasa. Definisi tersebut akan menimbulkan berbagai pertanyaan memiliki banyak arti.

Memperoleh barang dapat meliputi berbagai kegiatan seperti membeli, mencari informasi tentang barang dan jasa dan juga mengevaluasi alternatif. Memperoleh barang juga memiliki arti tidak menggambarkan pembelian yang sesungguhnya. Memperoleh barang juga dapat menggambarkan apakah seorang konsumen membayar produk tersebut dengan tunai, dengan kartu kredit atau dengan kredit lainnya. Memperoleh barang dapat berarti juga apakah konsumen mendapatkan barang tersebut untuk dirinya atau untuk hadiah.

Konsumsi memiliki arti bagaimana konsumen menggunakan produk yang mereka beli. Konsumsi memiliki arti dimana produk itu dikonsumsi, kapan, pada situasi apa produk digunakan atau dikonsumsi dan bagaimana produk itu digunakan atau dikonsumsi. Setelah konsumsi adalah kegiatan disposal atau pembuangan produk, ketika produk atau barang sudah rusak atau tidak diperlukan lagi maka mereka akan membuang barang tersebut, pembuangan dapat meliputi juga penempatan kemasan di tempat sampah. Kemasan tersebut mungkin dapat didaur ulang atau dibakar atau masuk

ketempat pembuangan sampah. Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa sebagian besar barang yang kita beli dikemas dan kemasan yang dibuang oleh sebagian besar konsumen ini menimbulkan masalah lingkungan. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk memahami bagaimana kemasan ini dibuang karena akan membawa implikasi penting bagi lingkungan. Studi perilaku konsumen memiliki dua konsep utama yaitu konsumen dan pertukaran. Konsumen merupakan fokus perhatian dalam studi perilaku konsumen. Studi perilaku konsumen mempengaruhi bagaimana konsumen melakukan proses keputusan. Studi perilaku konsumen dilakukan dari berbagai perspektif meliputi psikologi, ekonomi, sosiologi dan antropologi. Pertukaran adalah konsep penting kedua dari perilaku konsumen. Konsumen akan melakukan proses pertukaran dari sesuatu yang mereka miliki yang akan dipertukarkan oleh barang dan jasa yang dapat memenuhi kebutuhan produk yang memenuhi kebutuhan konsumen. Konsumen melakukan kegiatan belanja. Kegiatan belanja pada hakekatnya adalah kegiatan pertukaran yang dilakukan oleh konsumen. Pertukaran tersebut dapat melibatkan uang sebagai media yang banyak digunakan untuk melakukan pertukaran namun demikian konsumen juga dapat mempertukarkan waktunya untuk barang dan jasa ketika dia harus bekerja untuk memperoleh pendapatan.

Petunjuk Belajar Bagi Mahasiswa

Membahas Model Keputusan Konsumen, bacalah dengan baik konsep-konsep berikut yang sangat penting dalam mempelajari model keputusan konsumen: Pengertian Konsumen, Perilaku konsumen, Bagaimana Mempelajari Perilaku Konsumen, Persamaan Perilaku Konsumen di Dunia, Mengapa Mempelajari Perilaku Konsumen, Model Keputusan Konsumen, Pihak yang Berkepentingan Mempelajari Perilaku Konsumen, Studi Perilaku Konsumen. Baca dan pahami dengan baik konsep-konsep tersebut. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

5. Jawaban & Latihan

Kegiatan Belajar 1: Model Keputusan Konsumen

A. Jelaskan apa yang dimaksud dengan konsumen?

Konsumen sering diartikan sebagai seseorang yang memanfaatkan, memakai, membeli, menggunakan, dan menghabiskan hasil jasa atau barang dari produsen. Selain itu, konsumen juga erat kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan, kepuasan konsumen, kualitas produk, proses seleksi produk, frekuensi konsumsi, loyalitas, harga produk, atau keputusan pembelian. Konsumen sering disebut juga sebagai pelanggan, pemakai, pengguna,

pembeli, atau pengambil keputusan. Keputusan yang dilakukan oleh seorang konsumen tersebut, dapat berasal dari keputusan sendiri, atau keputusan yang direkomendasikan oleh teman atau orang lain.

B. Jelaskan apa definisi dari perilaku konsumen?

Perilaku konsumen dapat dipandang sebagai sebuah proses yang melibatkan pemilihan, pembelian, penggunaan, evaluasi, dan menghabiskan barang dan jasa yang akan memenuhi kebutuhan seseorang. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Perilaku konsumen melibatkan bagaimana konsumen memutuskan dan menghabiskan waktu dan uang mereka untuk membeli dan mengonsumsi produk dan jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Selain itu, perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana konsumen pengambil keputusan berusaha mempengaruhi konsumen, pemasar, dan peraturan perundang-undangan.

C. Bagaimana cara mempelajari perilaku konsumen?

Dalam meneliti atau mengamati tentang perilaku konsumen, seseorang cenderung membuat pertanyaan dengan acuan 5W+1H. Demikian pula dalam perilaku konsumen, pertanyaan siapa (*who*), mengapa (*why*), kapan (*when*), apa (*what*), punya siapa (*whose*), dan bagaimana (*how*) untuk memahami perilaku konsumen.

D. Jelaskan bagaimana persamaan perilaku konsumen di dunia?

Gambaran perilaku konsumen di dunia memiliki berbagai persamaan. Misalnya, kebutuhan biologis yang salah satunya adalah makan dan minum. Masyarakat membutuhkan makanan dan minuman, hanya saja berbeda dari jenis makanan dan minuman yang dibutuhkan, berbeda cara memasak atau segi lain. Contoh lain, yakni orang membutuhkan pakaian dan aksesories yang setiap orang di dunia memiliki kecenderungan yang hampir sama. Terkadang, adanya persatuan di dunia bukan saja oleh faktor agama, tetapi juga dapat dipersatukan oleh merek. Sebagai contoh merek produk barang mempersatukan orang adalah ketika kita berbicara tentang merek jam tangan Rolex. Orang Amerika, orang Australia, orang Eropa, ataupun orang Indonesia mempunyai *image* yang sama tentang merek Rolex.

E. Jelaskan alasan mengapa perlu mempelajari perilaku konsumen?

Perilaku konsumen merupakan ilmu yang diturunkan dari teori ekonomi mikro. Salah satu teori ekonomi membahas tentang teori permintaan di mana permintaan adalah perilaku konsumen. Ketika seseorang melakukan pembelian atau permintaan hal tersebut juga dapat dikatakan sebagai perilaku konsumen di mana permintaan dipengaruhi oleh harga. Perilaku konsumen mengembangkan teorinya dengan mengintegrasikan dari ilmu lain yakni ilmu sosiologi. Fenomena yang terjadi, terdapat beberapa alasan atau faktor selain harga yang dapat mempengaruhi konsumen dalam melakukan pembelian produk. Faktor lain tersebut dapat berupa kesukaan

warna atau bentuk. Selain itu, faktor psikologis yang di dalamnya terdapat motivasi juga akan memengaruhi permintaan di dalam model tersebut.

F. Jelaskan berbagai jenis model keputusan konsumen

Model keputusan konsumen dapat dibedakan menjadi tiga, yakni berdasarkan perspektif pengambilan keputusan, perspektif eksperiensial, dan perspektif pengaruh perilaku. Perspektif yang pertama yang perlu diperhatikan adalah perspektif pengambilan keputusan. Konsumen sebagai individu yang memiliki masalah kemudian mencoba memecahkan masalah tersebut, salah satunya dengan melakukan pembelian barang atau jasa. Perspektif yang kedua disebut dengan perspektif eksperiensial atau pengalaman. Perspektif ini melihat individu memutuskan sesuatu bukan karena rasional. Dalam perspektif eksperiensial individu melakukan beberapa hal, seperti membandingkan biaya atau membandingkan manfaat untuk keuntungan pribadinya berdasarkan emosional. Selanjutnya, terdapat perspektif pengaruh behavioral (perilaku) di mana pembelian produk dipengaruhi bukan oleh rasionalitas atau karena suatu hubungan emosi melainkan adanya pengaruh orang lain, seperti orang tua, atau pengaruh budaya, atau bahkan pengaruh lingkungan.

G. Siapa sajakah pihak yang berkepentingan mempelajari perilaku konsumen?

Terdapat beberapa alasan untuk mempelajari perilaku konsumen. Perilaku konsumen pertama kali mungkin akan dipelajari oleh perusahaan. Perusahaan berkepentingan dalam memahami perilaku konsumen untuk mempertahankan pelanggan lama dan merebut pelanggan baru. Penerapan perilaku konsumen berikutnya adalah kebijakan dan peraturan pemerintah. Para pembuat kebijakan baik anggota DPR maupun pemerintah sangat berkepentingan memahami perilaku konsumen. Pembuat kebijakan berkepentingan untuk meningkatkan kesejahteraan konsumen. Peningkatan kesejahteraan memiliki arti bahwa konsumen mengonsumsi produk yang berkualitas dan produk yang sesuai dengan keyakinan konsumen. Pemerintah yang mengambil kebijakan membuat peraturan dan undang-undang melindungi kepentingan konsumen dan memastikan konsumen memilih barang yang tepat. Pemerintah dan DPR berkepentingan memahami perilaku konsumen dengan tujuan melindungi konsumen. Konsumen banyak yang belum memiliki pengetahuan mengenai produk yang menggunakan zat terlarang atau tidak sehingga pemerintah mengeluarkan peraturan mengenai *labeling*.

H. Apa saja konsep dalam studi perilaku konsumen?

Studi perilaku konsumen memiliki dua konsep utama yaitu konsumen dan pertukaran. Konsumen merupakan fokus perhatian dalam studi perilaku konsumen. Studi perilaku konsumen mempengaruhi bagaimana konsumen

melakukan proses keputusan. Studi perilaku konsumen dilakukan dari berbagai perspektif meliputi psikologi, ekonomi, sosiologi dan antropologi. Pertukaran adalah konsep penting kedua dari perilaku konsumen. Konsumen akan melakukan proses pertukaran dari sesuatu yang mereka miliki yang akan dipertukarkan oleh barang dan jasa yang dapat memenuhi kebutuhan produk yang memenuhi kebutuhan konsumen. Konsumen melakukan kegiatan belanja. Kegiatan belanja pada hakekatnya adalah kegiatan pertukaran yang dilakukan oleh konsumen.

Konsumen sering dikaitkan dengan pemanfaatan suatu jasa atau barang. Konsumen juga sering diartikan sebagai seseorang yang memanfaatkan, memakai, membeli, menggunakan, dan menghabiskan hasil jasa atau barang dari produsen. Perilaku konsumen dapat didefinisikan sebagai tindakan, perilaku, membeli, menggunakan, dan mengonsumsi barang atau jasa. Arti lain secara psikologis dari perilaku konsumen adalah penggambaran sikap konsumen, persepsi konsumen, dan referensi konsumen. Perilaku konsumen juga menjadi daya tarik bagi para peneliti. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Dalam meneliti atau mengamati tentang perilaku konsumen, seseorang cenderung membuat pertanyaan dengan acuan 5W+1H. Demikian pula dalam perilaku konsumen, pertanyaan siapa (*who*), mengapa (*why*), kapan (*when*), apa (*what*), punya siapa (*whose*), dan bagaimana (*how*) untuk memahami perilaku konsumen. Model keputusan konsumen dapat dibedakan menjadi tiga, yakni berdasarkan perspektif pengambilan keputusan, perspektif eksperiensial, dan perspektif pengaruh perilaku. Proses keputusan konsumen dipengaruhi oleh 3 faktor utama: strategi pemasaran, perbedaan individu, faktor lingkungan. Pemasar yang memahami keputusan konsumen, maka ia dapat merumuskan strategi pemasaran yang tepat. Para pendidik konsumen yang memahami proses keputusan konsumen, maka ia dapat membuat program dan kegiatan pemberdayaan konsumen cerdas dan bijak.

J. Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPF- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., "*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, "*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*", diakses dari search in www.yahoo.com.
- "*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*", diakses dari www.aplcare.com.

“Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi”, diakses dari www.bkkbn.go.id.

“Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.

Reich, M. R., “Public-Private Partnership for Public Health”, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.

Siagian, Albiner, “Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.

Smith, Maureen, “Public Private Services Team Up”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Thomas, A., dan Valerie Curtis, “Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Wilson, Donna, “Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never”, diakses dari search in www.yahoo.com.

Walujani, Atika, “Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.



Universitas
Esa Unggul

MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK 353)

SESI 09
SWOT dan TOWS Matrix di Provider Pelayanan Kesehatan
(PPK)

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL (5661)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Matrix SWOT dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Konsumen dan Strategi Provider Pelayanan Kesehatan dengan TOWS dan SWOT Matrix
3. Memahami manfaat Matrix SWOT di Pelayanan Kesehatan di PPK

Uraian dan Contoh

B. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
2. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
3. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

C. Topik Perkuliahan : SWOT dan TOWS Matrix di PPK

6. Uraian :

TOWS dan SWOT KONSEP

Provider Layanan Kesehatan, Klinik maupun Rumah sakit adalah suatu organisasi yang unik dan kompleks karena merupakan institusi yang padat karya, mempunyai sifat dan ciri serta fungsi khusus dalam pelayanan penderita. Andaleeb (1998) berpendapat bahwa salah satu industri sektor publik yang tumbuh dengan cepat adalah industri perawatan kesehatan atau rumah sakit. Disamping melaksanakan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat, rumah sakit juga mempunyai fungsi pendidikan dan penelitian (Boekitwetan, 1997).

Peran institusi pelayanan kesehatan seperti klinik dan rumah sakit dewasa ini semakin dituntut untuk memberikan pelayanan yang lebih bermutu dan sanggup memenuhi berbagai kebutuhan yang diakibatkan oleh berbagai perubahan epidemiologi penyakit, struktur sosial dan ekonomi, perkembangan ilmu dan teknologi dan struktur demografis. Dengan alasan demikian maka rumah sakit tidak dapat dikelola dengan manajemen yang sederhana, tetapi harus dikelola secara profesional sehingga mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan tersebut. Untuk menjawab tantangan persaingan rumah sakit dimasa yang akan datang, disamping

Universitas Esa Unggul

159 / 426

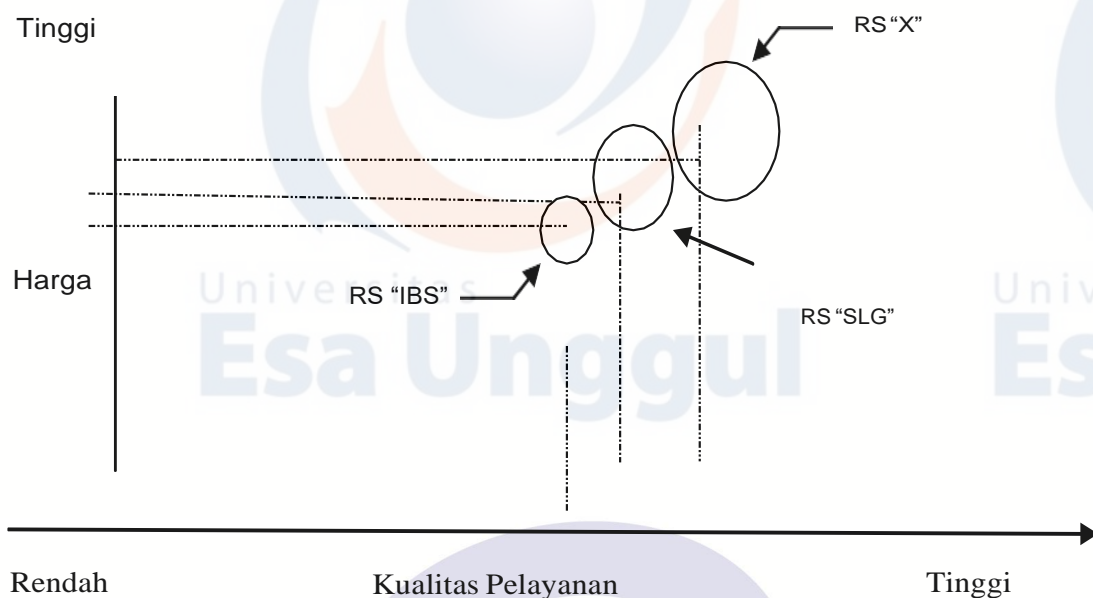
<http://esaunggul.ac.id>

organisasi harus menciptakan jasa dan produk baru dengan menggunakan teknologi terkini, inovatif dan kreatif, organisasi yang fleksibel dan mudah beradaptasi (Ayuningtyas et al., 2005). Contoh kasus di Padang : Laporan Dinas Kesehatan RI pada tahun 2009 mengungkapkan bahwa di Sumatera Barat berjumlah 44 buah, dengan rincian 17 unit RSU milik Pemerintah, 24 unit merupakan RS Swasta serta 3 unit RS TNI/POLRI. Sementara untuk wilayah Kota Padang, sebagai ibukota propinsi dan dengan jumlah penduduk terbanyak, jumlah Rumah Sakit sebanyak 24 buah (3 unit RSU milik pemerintah, 19 unit RS Swasta, dan 2 unit RS TNI/POLRI). Terkonsentrasinya rumah sakit di Kota Padang membawa konsekuensi semakin tajamnya persaingan di lingkungan industri rumah sakit daerah tersebut, namun dengan kondisi tersebut konsumen mempunyai pilihan yang semakin banyak untuk jasa rumah sakit yang mereka inginkan.

Contoh Kasus : Rumah Sakit X (selanjutnya disingkat RS "X") adalah salah satu rumah sakit swasta yang berlokasi di Kota Padang dan berada diatas tanah 2500 m². RS "X" memiliki gedung seluas 5.000 m², yang terdiri dari Gedung Perawatan Blok A berlantai 3 dan Blok B berlantai 5 untuk menunjang 52 tempat tidur pelayanan medis, serta penunjang medis dan Gedung Blok C Instalasi Rawat Jalan. Dari segi unit pelayanan, RS "X" memiliki unit rawat inap, unit rawat jalan dan unit gawat darurat. Dari ketiga unit layanan yang dimiliki, maka unit rawat inap merupakan unit bisnis unggulan RS "X" yang perlu dilakukan pengembangan kedepan.

Kotler (2000) berpendapat bahwa faktor penentu keberhasilan didalam menjalankan usaha adalah produk/pelayanan, harga, promosi dan tempat. Adapun produk yang diberikan kepada klien oleh rumah sakit adalah berupa produk jasa (Lestari, 2004). Sementara itu harga menjadi pertimbangan orang untuk memilih rumah sakit, karena harga merupakan jumlah uang yang dibutuhkan untuk mendapatkan sejumlah kombinasi dari produk pelayanan (Kotler, 2000). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa antara harga dan pelayanan memiliki hubungan yang kuat. Berdasarkan hal tersebut para pelaku pelayanan dengan produk jasa dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanannya secara prima, jika ingin mendapatkan tempat dalam pasar yang makin dewasa (Permana, 2002).

Berdasarkan hasil strategic mapping yang dilakukan (lihat gambar 1), maka penelitian ini mengambil dua rumah sakit pesaing sebagai benchmark dalam mengidentifikasi lingkungan industri dan rekomendasi strategi, karena dianggap sebagai pesaing terdekat bagi RS "X". Alasan selanjutnya adalah bahwa kedua pesaing tersebut memiliki tipe yang sama dengan RS "X" yaitu rumah sakit swasta dan setara rumah sakit tipe D sesuai dengan ketetapan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Untuk keperluan penentuan posisi RS "X" dalam strategic mapping digunakan faktor harga dan pelayanan untuk unit rawat inap dalam, sebagaimana dapat dilihat pada gambar 1.



Dari ilustrasi di atas dapat disimpulkan bahwa RS "X" dari segi pelayanan dan harga berada pada posisi paling tinggi dibanding dengan pesaing terdekatnya RS "SLS" dan pesaing lainnya RS "IBS". Dari segi fasilitas unit rawat inap RS "X" adalah rumah sakit yang terbaik dibanding dengan dua rumah sakit pesaingnya. Dengan dasar demikian maka RS "X" selanjutnya mempersiapkan strategi pengembangan strategi yang sesuai dengan karakteristik organisasi tersebut, untuk menghadapi persaingan industri rumah sakit khususnya unit rawat inap. Berdasarkan hal tersebut maka RS "X" harus memilih dan mempunyai rencana strategi bisnis untuk menghadapi persaingan dalam jangka panjang serta menjaga keberlangsungan hidup institusi tersebut. Berdasarkan uraian dari latar belakang sebagaimana dijelaskan di atas maka tulisan ini akan mengevaluasi dan merekomendasikan strategi bisnis yang dapat digunakan oleh Unit Rawat Inap Rumah Sakit X untuk menghadapi persaingan dalam jangka panjang. Dengan demikian, maka penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai faktor lingkungan internal dan eksternal Unit Rawat Inap RS "X" dalam menghadapi persaingan bisnis saat ini, mengidentifikasi strategi bisnis yang telah dijalankan saat ini oleh Unit Rawat Inap RS "X", dan (c) merumuskan strategi terpilih bagi Unit Rawat Inap RS "X" untuk menghadapi persaingan dalam jangka panjang. Pembahasan difokuskan terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi penentuan alternatif strategi yang dapat diterapkan sesuai dengan karakteristik organisasi tersebut. Alternatif strategi terpilih dan strategi yang direkomendasikan diharapkan dapat digunakan untuk mencapai visi dan misi RS "X"

Definisi Strategi TOWS MATRIX

Strategi berasal dari bahasa Yunani kuno yang berarti "seni berperang". Secara umum strategi dapat diartikan sebagai rencana yang berskala besar dan berorientasi dengan lingkungan persaingan dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara itu Ranguti (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental

(senantiasa meningkat) dan terus menerus serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh para pelanggan dimasa depan. Manajemen strategi didefinisikan sebagai suatu seni dan ilmu untuk memformulasi, implementasi dan evaluasi keputusan-keputusan fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Definisi dari manajemen strategis bermakna sebagai suatu usaha memfokuskan manajemen untuk saling terintegrasi antara unit yang terlibat dalam organisasi, seperti pemasaran, keuangan/akuntansi, produk/operasi, penelitian pengembangan, serta sistem informasi untuk mencapai kesuksesan dan tujuan organisasi. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Pearce and Robinson (2007) bahwa manajemen strategi adalah sekumpulan keputusan dan tindakan yang dapat menghasilkan suatu perusahaan dan pelaksanaan rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran organisasi. Dengan demikian maka manajemen strategi sangat menentukan keberhasilan suatu bisnis atau organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Berkaitan dengan hal tersebut Soejitno (2000) berpendapat bahwa pengembangan rumah sakit, perlu mengacu kepada: 1) Filosofi rumah sakit mengacu pada adagium lama bahwa pasien dan keluarganya adalah pelanggan yang wajib dipuaskan. 2) Dalam menggali dana kemanusiaan, rumah sakit perlu untuk merencanakan suatu program public relation dan pemasaran sosial yang sistematis.

3) Budaya atau citra rumah sakit perlu dijaga agar menjadi suatu institusi yang sosial dan masih harus dibantu. 4) Pelatihan staf harus dilakukan secara sistematis dalam mengantisipasi terhadap berbagai kemungkinan adanya perubahan. 5) Apabila diversifikasi mampu dilakukan rumah sakit diluar bisnisnya intinya. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa institusi rumah sakit tidak bisa terlepas sebagai institusi yang bersifat sosial yang membutuhkan peningkatan kompetensi karyawan, kegiatan pemasaran dan diversifikasi bisnis harus dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Lingkungan Industri

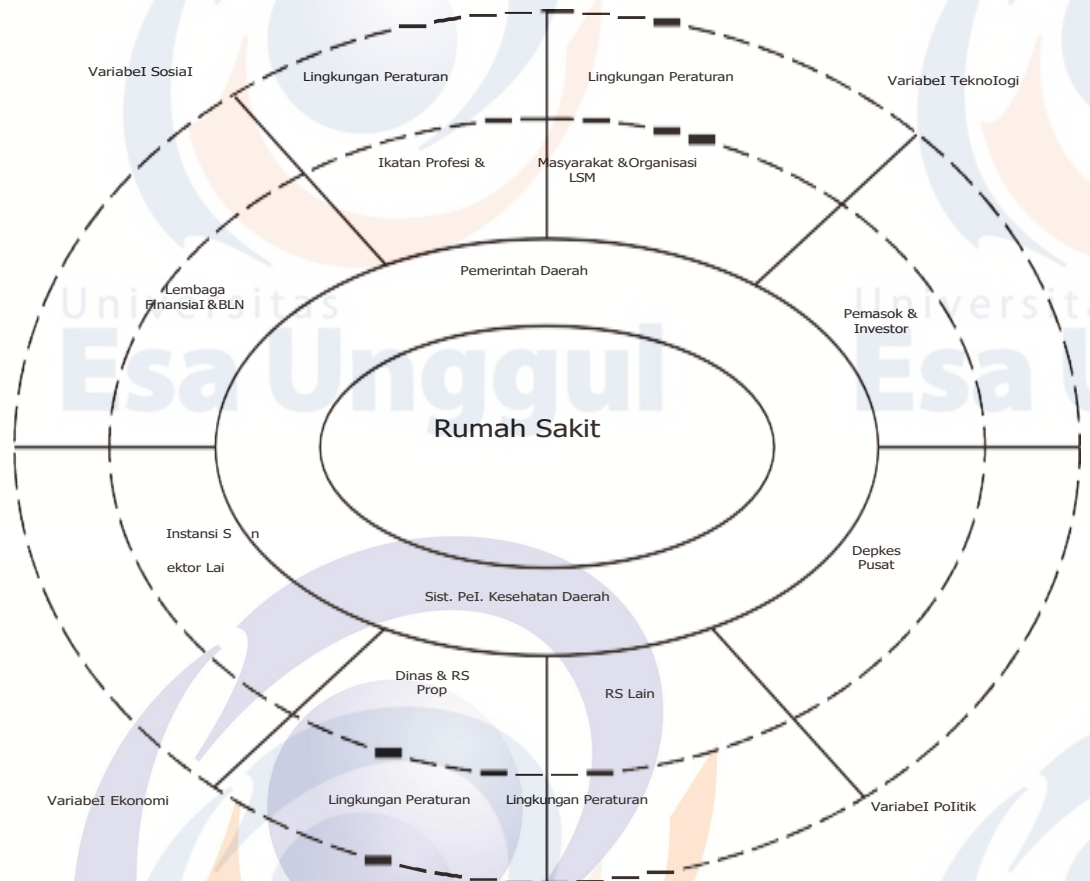
Lingkungan yang mempengaruhi proses bisnis rumah sakit seperti yang dinyatakan Soejitno (2000) dapat diilustrasikan melalui gambar 2. Berdasarkan ilustrasi tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan organisasi rumah sakit dipengaruhi oleh lingkungan langsung dan lingkungan tak langsung. Lingkungan langsung terdiri dari mitra dalam dan mitra luar, mitra dalam merupakan lingkungan internal organisasi sendiri yang terlibat langsung dalam kegiatan operasional rumah sakit. Sedangkan mitra luar terdiri dari kelompok masyarakat maupun lembaga-lembaga yang mendukung kegiatan operasional organisasi rumah sakit, tetapi mereka berada diluar lingkungan organisasi rumah sakit. Sementara yang dimaksudkan dengan lingkungan tidak langsung adalah lingkungan sosial, teknologi, ekonomi dan politik (Pearce and Robinson, 1997). Semua variabel tersebut tidak dapat dikontrol perubahannya oleh organisasi rumah sakit. Dalam kaitannya dengan penyusunan strategi, organisasi hanya bisa memprediksi atau meramalkan kondisi semua variabel tersebut dimasa yang akan datang.

Keunggulan Kompetitif

Keunggulan bersaing merupakan suatu kondisi yang menggambarkan kinerja sebuah perusahaan relatif terhadap pesaing dalam hal product marketing (Peteraf and Bearney, 2003). Penelitian tentang keunggulan kompetitif merupakan salah satu penelitian inti dalam manajemen strategik. Dalam beberapa dekade, berbagai penelitian dengan perspektif teori yang berbeda terus dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana sebuah perusahaan mampu mengembangkan strategi bersaing dibandingkan pesaingnya. Cara pandang tersebut antara lain; pencapaian posisi keunggulan bersaing superior (Bain, 1956, 1959; Porter, 1980; 1985; 1998), membangun dan mencapai sumber daya strategis superior (Amit and Schoemaker, 1993; Barney, 1986, 1991; Peteraf, 1993; Wernerfelt, 1984), serta kemampuan dalam mengatur kembali sumber daya organisasi menjadi sumber daya yang strategis dan bernilai (Eisenhardt and Martin, 2000; Teece, Pisano and Shuen, 1997). Sementara pandangan baru tentang konsep keunggulan bersaing seperti yang diungkapkan oleh Bettis and Hitt (1995) menunjukkan bahwa bentuk kompetisi yang terjadi pada berbagai macam industri saat ini menekankan kepada fleksibilitas, kecepatan dan inovasi dalam merespon perubahan lingkungan yang cukup dinamis. Namun demikian, yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa dalam upaya membangun keunggulan kompetitif, sebuah organisasi tidak terlepas dari kekuatan kunci lingkungan eksternal dan internal.

Kekuatan kunci eksternal dapat dibagi menjadi lima kategori (David, 1997) yaitu kekuatan ekonomi; kekuatan sosial, budaya, demografi; kekuatan politik, peraturan pemerintah dan hukum; teknologi, serta kekuatan pesaing. Sementara kekuatan kunci internal dapat dibagi menjadi enam kategori yaitu manajemen, pemasaran, produksi dan operasi, penelitian dan pengembangan, keuangan/akunting, serta sistem informasi. Dalam perspektif yang sama, Duncan (1995) menambahkan faktor budaya dan citra organisasi sebagai faktor kunci internal sebuah organisasi.

Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui dalam menentukan alternatif strategi pilihan tersebut. Adapun tahapan tersebut adalah tahap diagnosis/input stage, tahap penggabungan/matching stage dan tahap penerapan strategi/decision stage. Lebih lanjut, Duncan (1995) memberikan penekanan perlunya analisis terhadap visi dan misi organisasi dalam rencana pengembangan sebuah organisasi.



Gambar 2: Lingkungan Organisasi Rumah Sakit (Soejitno, 2000)

Tulisan ini dilakukan berdasarkan penelitian yang bersifat penelitian eksploratif (exploratory research), meliputi penelitian deskriptif (descriptive research) namun ditambahkan dengan memberikan rekomendasi (Sekaran, 2000). Dalam penelitian ini digunakan dua jenis data yaitu data sekunder dan data primer. Data Sekunder diperoleh dari Bagian Rekam Medik dan Bagian Keuangan RS X dan Badan Pusat Statistik, dan Dinas Kesehatan Tingkat I Sumatera Barat, Tingkat II Kodya Padang. Sedangkan Data Primer diperoleh melalui hasil wawancara mendalam (indepth interview) dengan Direktur Utama RS X dan hasil wawancara dengan Direktur SDM, Kepala Rumah Sakit, manajer keuangan dan materi RS "X" yang selanjutnya disebut Concensus Decision Making (CDM).

Analisis terhadap data yang relevan dengan keperluan analisis lingkungan eksternal dan internal diharapkan menemukan peluang dan ancaman terhadap lingkungan eksternal, serta kekuatan dan kelemahan faktor lingkungan internal RS "X". Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui untuk menentukan alternatif strategi pilihan tersebut; (a) tahap diagnosis/input stage, (b) tahap penggabungan/matching stage, dan (c) tahap penerapan strategi/decision stage.

Tahap Input (Input Stage)

Pada tahap input dilakukan perhitungan secara subjektif sebagai tahap awal dari perumusan strategi. Hasil perhitungan adalah berupa pembuatan keputusan kecil dalam matriks input faktor eksternal dan internal, sehingga dapat dihasilkan dan dievaluasi strategi secara lebih efektif. Penilaian intuitif yang baik selalu diperlukan dalam menetapkan pembobotan dan penilaian yang tepat. Dalam kaitan ini tahap input terdiri dari: 1) Analisis Lingkungan Usaha Internal (IFE), yaitu alat perumusan strategi yang berguna untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan utama dalam berbagai bidang fungsional dari suatu usaha. 2) Analisis Lingkungan Usaha Eksternal (EFE), yaitu alat perumusan strategi untuk meringkas dan mengevaluasi informasi ekonomi, sosial, budaya, demografi, politik, pemerintah, hukum, teknologi dan persaingan.

Tahap Pencocokan (Matching Stage)

Pada tahapan pencocokan digunakan matrik Threat-Opportunity-Weakness-Strength (TOWS matrix) dan matrik Internal External (I-Ematrix), sebagaimana tampak pada Gambar 4. Matrik IE dibagi menjadi tiga bagian utama yang mempunyai strategi yang berbeda (David, 1997). Pertama, divisi atau unit bisnis yang termasuk ke dalam sel I, II, IV, dinamakan pada posisi Growth and Build dan

strategi yang tepat untuk dilakukan pada divisi atau unit bisnis ini adalah strategi intensif atau integratif. Strategi intensif dapat dilakukan dengan penetrasi pasar, pengembangan produk dan pengembangan pasar, sedangkan strategi integratif dapat dilakukan dengan integrasi kedepan, integrasi kebelakang dan integrasi horizontal. Kedua, divisi atau unit bisnis yang termasuk ke dalam sel III, V, VII, dinamakan pada posisi hold and maintain, penetrasi pasar dan pengembangan pasar merupakan dua strategi yang terbanyak dilakukan untuk divisi ini.

Tahap Pengambilan Keputusan (Decision Stage)

Pada tahapan pengambilan keputusan (decision stage) digunakan matrix QSPM (Quantitative Strategic Planning Matrix). Dalam pembuatan keputusan formulasi strategi ini didasari oleh analisa dan kebijakan intuisi. Pada analisa penyesuaian atau pencocokan (matching) hanya menyatakan alternatif strategi yang layak saja tetapi belum dilakukan prioritas pilihan strategi. Beberapa strategi tambahan yang dihasilkan dari analisa penyesuaian (matching) hanya menyatakan alternatif strategi yang layak. Tabel 1 berikut menunjukkan contoh format QSPM.

IFAS EFAS	Kekuatan- S	Kelemahan-W
Peluang-O	STRATEGI (SO) Future Quadrant	STRATEGI (WO) Internal Fix-it Quadrant
Ancaman- T	STRATEGI (ST) External Fix-it Quadran	STRATEGI (WT) Survival Quadrant

Gambar 3: Matrik TOWS (David, 2015)

Analisis Tahap Pencocokan Matrix TOWS

Hasil penilaian terhadap yang dirangkum dalam bentuk TOWS matrix dapat dilihat pada gambar 6 pada halaman berikut. Pada tahapan matching antara pengaruh faktor lingkungan eksternal dan internal dilakukan penilaian dengan Internal External Matrix. Berdasarkan penilaian EFE (2,90) dan IFE (2,81) maka bagian rawat inap RS “X” berada pada sel V (hold and maintain) pada IE Matrix, seperti dapat dilihat pada gambar dibawah. Berdasarkan analisis yang tergambar melalui Internal External Matrix diatas dapat dilihat bahwa RS “X” berada pada sel V. Strategi untuk organisasi yang berada pada sel V IE Matrix adalah posisi hold and maintain, strategi terbanyak yang dilakukan oleh organisasi pada posisi ini menurut David (2005) adalah melakukan dua alternatif strategi yaitu penetrasi pasar (market penetration) dan pengembangan produk (product development).

Apabila dilakukan pencocokkan dengan matriks TOWS maka kondisi tersebut berada pada strategi WO atau Internal Fix-it Quadrant yaitu menciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada.

Tahap Pengambilan Keputusan (Decision Stage)

Berdasarkan matriks Internal Eksternal diatas maka didapatkan alternatif strategi terpilih yaitu penetrasi pasar dan pengembangan produk. Dari dua alternatif strategi tersebut selanjutnya dilakukan pemilihan prioritas strategi dengan melakukan tabulasi prioritas strategi seperti yang dapat dilihat pada tabel 4.

<p>IFAS EFAS</p>	<p>STRENGTHS (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan misi 2. Citra dan nama baik 3. Fasilitas Fisik 4. Produk Pelayanan 5. Sistem Informasi Manajemen 	<p>WEAKNESS ES (W)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SDM 2. Keuangan 3. Struktur Organisasi 4. Penelitian dan Pengembangan 5. Pemasaran
<p>OPPORTUNITIES (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah penduduk angkatan kerja daerah Kerja 2. Kelompok umur dan pendidikan pasien rawat RSUD "XYZ" 3. Cara pembayaran pasien rawat inap RSUD "XYZ" 4. Kinerja pelayanan rawat inap RSUD "XYZ" dibandingkan dengan rumah sakit pesaing 5. Dukungan pemasok 	<p>STRATEGI (SO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertajam visi dan misi 2. Mempertahankan dan meningkatkan citra dan nama baik 3. Meningkatkan kinerja pelayanan 	<p>STRATEGI (WO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberdayakan divisi penelitian dan pengembangan 2. Melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap 3. Meningkatkan kompetensi SDM
<p>TREATHS (T)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RLU penduduk Sumbar dan Padang tinggi. 2. Pendapatan perkapita regional Sumbar dan Padang masih rendah 3. Pengeluaran biaya rumah tangga dan kesehatan penduduk Sumbar dan Padang masih rendah 4. Kebijakan pemerintah mengenai otoda 5. Kebijakan pemerintah mencabut subsidi BBM dan impor bahan baku obat-obatan serta kenaikan TDL 	<p>STRATEGI (ST)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyempurnakan Sistem Informasi Manajemen 2. Melakukan perencanaan keuangan kedepan 3. Memilih produk pelayanan unggulan 	<p>STRATEGI (WT)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pembenahan dibidang internal khususnya SDM 2. Menyediakan pelayanan sesuai dengan kemampuan masyarakat

Gambar 6: TOWS Matrix

I	II	III
IV	V RSU "X" (hold and maintain)	VI
VII	VIII	IX

Gambar 7: Internal External Matrix

Tabel 4: QSPM Prioritas Strategi

Faktor Kunci	Alternatif Strategi				
	Bobot	Market Penetration		Product Development	
		AS	TAS	AS	TAS
Kekuatan					
1. Visi dan misi	0,09	4	0,36	4	0,36
2. Citra dan nama baik	0,09	4	0,36	4	0,36
3. Fasilitas fisik	0,09	3	0,27	4	0,36
4. Produk pelayanan	0,10	4	0,40	4	0,40
5. Sistem Informasi Manajemen	0,09	4	0,36	3	0,27
Kelemahan					
1. SDM	0,11	4	0,44	4	0,44
2. Keuangan	0,10	3	0,30	4	0,40
3. Struktur Organisasi	0,10	3	0,30	3	0,30
4. Penelitian dan pengembangan	0,12	4	0,48	4	0,48
5. Pemasaran	0,14	4	0,56	4	0,56
Peluang					
1. Jumlah penduduk dan angkatan kerja	0,09	4	0,36	3	0,27
2. Umur dan pendidikan pasien	0,10	4	0,40	4	0,40
3. Cara pembayaran Rawat Inap	0,12	3	0,36	3	0,36
4. Kinerja pelayanan	0,12	4	0,48	4	0,48
5. Dukungan pemasok	0,13	3	0,39	3	0,39
Ancaman					
1. RKU penduduk	0,10	4	0,40	4	0,40
2. Pendapatan perkapita penduduk	0,07	4	0,28	4	0,28
3. Pengeluaran RT dan kesehatan	0,09	4	0,36	4	0,36
4. Otonomi daerah	0,08	2	0,16	2	0,16
5. Pencabutan subsidi BBM,	0,08	2	0,16	3	0,24
Impor, TDL					
Jumlah			7,18		7,27

Berdasarkan hasil QSPM, maka prioritas strategi terpilih dengan Total Attractiveness Score (TAS) 7,27 adalah pengembangan produk atau product development. Dalam kaitan ini, pengembangan produk merupakan strategi untuk meningkatkan penjualan dengan jalan memperbaiki atau memodifikasi produk atau jasa yang ada. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan untuk memperoleh rekomendasi strategi bisnis pada Unit Rawat Inap RS "X" maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut: Pertama, berdasarkan hasil analisis pada tahap input (input stage) dengan menggunakan matriks EFE dan IFE maka diperoleh hasil analisis dengan nilai EFE (2,90) dan nilai IFE (2,81). Kedua, ada tahap pencocokan (matching stage) dengan menggunakan matriks TOWS, hasil analisis mengindikasikan bahwa RS "X" berada pada posisi WO (Internal-Fix It Quadrant). Posisi ini merekomendasikan 3 (tiga) strategi yaitu; (a) memberdayakan divisi penelitian dan pengembangan, (b) melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap, dan (c) meningkatkan kompetensi SDM. Kesimpulan ini diambil berdasarkan hasil perolehan nilai EFE dan IFE memperlihatkan bahwa faktor kelemahan (1,70) lebih besar dari kekuatan (1,11) dan faktor peluang (1,80) lebih besar dari ancaman (1,10). Apabila dilakukan pencocokan dengan matriks TOWS maka kondisi tersebut berada pada strategi WO atau Internal Fix-it Quadrant yaitu menciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada (David, 1997). Ketiga, pada tahap pencocokan (matching stage) dengan menggunakan matriks Internal-

Eksternal maka unit rawat inap RS "X" berada pada sel V (hold and maintain). Posisi tersebut merekomendasikan alternatif strategi penetrasi pasar (market penetration) dan pengembangan produk (product development).

Keempat, pada tahap keputusan (decision stage) melalui QSPM Prioritas Strategi menghasilkan rekomendasi strategi bisnis untuk RS "X" adalah pengembangan produk (product development), hal ini berdasarkan hasil analisis melalui QSPM Prioritas strategi yang menghasilkan nilai TAS (Total Attractiveness Score) untuk alternatif strategi pengembangan produk (7,27) lebih besar dari TAS untuk alternatif strategi penetrasi pasar (7,18). Kelima, Untuk tindak lanjut strategi direkomendasikan kepada manajemen RS "X" untuk melakukan strategi pengembangan produk (product development) dengan melakukan pembenahan internal berdasarkan hasil analisa matriks TOWS yang menunjukkan RS "X" berada pada posisi WO. Jadi pada tahap tindak lanjut strategi penulis merekomendasikan perusahaan untuk menjalankan strategi pengembangan produk (product development) dan melakukan pembenahan internal dengan jalan memberdayakan divisi penelitian dan pengembangan, melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dan meningkatkan kompetensi SDM.

Implikasi Praktikal

Pemilihan strategi pengembangan produk sangat sesuai dengan kondisi organisasi saat ini dengan beberapa alasan berikut: Pertama, Organisasi mempunyai produk yang menjadi unggulan dan dalam tahap pematangan dalam menarik pelanggan seperti tergambar dari tujuan khusus RS "X" yaitu; menjadikan RS "X" sebagai Rumah Sakit Swasta rujukan, khususnya bidang kebidanan dan penyakit kandungan di Sumatera Tengah. Dari tujuan khusus tersebut dapat disimpulkan bahwa RS "X" fokus dengan produk unggulannya dalam bidang kebidanan dan penyakit kandungan.

Kedua, Organisasi bersaing dalam industri dengan pertumbuhan yang tinggi. Berdasarkan analisa lingkungan eksternal yang dilakukan maka ancaman dari organisasi adalah semakin tumbuhnya bisnis sejenis di Kota Padang khususnya dan didukung oleh kebijaksanaan pemerintah yang memberikan kemudahan prosedur pendirian Rumah Sakit dan klinik dalam rangka menuju "Indonesia Sehat".

Ketiga, pesaing utama menawarkan produk dengan harga yang bersaing. Berdasarkan strategic mapping tergambar bahwa pesaing terdekat RS "X" yaitu RS "SLG" memiliki penawaran harga yang lebih kompetitif dengan tingkat pelayanan yang sedikit lebih rendah dibandingkan dengan RS "X". Oleh sebab itu RS "X" harus melakukan strategi pengembangan produk untuk memenuhi keinginan pelanggan saat ini agar dapat mengantisipasi pesaing terdekatnya tersebut. Hal ini juga sesuai dengan tujuan khusus dari organisasi yaitu meningkatkan mutu pelayanan RS "X" dengan berorientasi kepada keinginan dan kepuasan pelanggan. Sementara itu faktor yang kurang mendukung strategi ini adalah kondisi internal organisasi, karena berdasarkan analisa lingkungan internal yang dilakukan terdapat indikasi bahwa organisasi lemah dalam riset dan pengembangan. Hal ini dapat disebabkan karena faktor Sumber Daya Manusia yang kurang mendukung, sedangkan tujuan khusus keempat RS "X" adalah meningkatkan mutu dan kinerja SDM di lingkungan RS "X". Berdasarkan dua kondisi tersebut terdapat kontradiksi antara rencana strategi yang dijalankan perusahaan saat ini dengan rencana strategi bisnis yang direkomendasikan.

Hasil matriks TOWS memperlihatkan bahwa organisasi berada pada strategi WO atau internal fix-it quadrant yaitu strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada. Berdasarkan hasil tersebut maka strategi terpilih product development pada RS "X" dapat dilakukan melalui strategi WO hasil dari TOWS matriks yaitu; (a) memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan, dan (b) melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dan ketiga, meningkatkan kompetensi SDM. Untuk memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan dapat ditindaklanjuti dengan dengan cara: 1) memasukkan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan pada struktur organisasi. 2) menyusun program dan melakukan rekrutmen pelaksana divisi atau bagian penelitian dan pengembangan serta melibatkan seluruh unsur dari tiap bagian dalam kelompok kerja penelitian dan pengembangan. 3) melakukan penelitian dan pengembangan dengan memanfaatkan data internal dan eksternal dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada pelanggan serta melibatkan seluruh sumber daya yang ada. 4) menindaklanjuti setiap hasil penelitian yang dilakukan apabila hasil tersebut bermanfaat terhadap kemajuan perusahaan. 5) membina kerjasama dengan pihak universitas dalam bidang penelitian dan pengembangan tersebut.

Selanjutnya perlu dilakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dapat dilakukan dengan cara: 1) menghitung dan menetapkan biaya jasa pelayanan yang ada saat ini atau akan ditawarkan serta menyesuaikan biaya tersebut dengan kemampuan pelanggan untuk membayar. 2) melakukan penelitian dan perencanaan anggaran keuangan secara tepat. 3) menggalang komitmen dan supervisi terhadap pelaksanaan rencana anggaran. 4) meningkatkan kemampuan dan keterampilan pelaksana manajemen keuangan. Sementara itu dalam hal meningkatkan kompetensi SDM dapat ditindaklanjuti dengan cara: 1) Menyempurnakan struktur organisasi sehingga semua komponen organisasi dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. 2) Menganalisa dan menyempurnakan job description terutama untuk level manajer dan staf. 3) Menyusun program kerja bagian SDM. 4) Melakukan survey untuk mengetahui harapan dan keinginan SDM baik yang berhubungan dengan motivasi, kompensasi dan pengembangan karir mereka. 5) Meningkatkan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan melalui lembaga pendidikan formal atau informal.

Dengan menjalankan strategi product development pada RS "X" diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dengan harga atau biaya yang lebih bersaing khususnya untuk unit rawat inap RS "X" dengan terus melakukan pembenahan terhadap internal organisasi. Selanjutnya disarankan untuk dilakukan evaluasi terhadap implementasi strategi pengembangan terhadap unit rawat inap ini, dengan jalan melakukan survey terhadap para staf dan karyawan RS "X" terutama yang pekerjaannya berhubungan langsung dengan unit rawat inap. Sementara itu untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu dilakukan survey dan analisa kepuasan pelanggan khususnya terhadap unit rawat inap RS "X". Dengan demikian, maka manajemen RS "X" akan mengetahui bentuk pelayanan yang diinginkan oleh pelanggan, sehingga hal tersebut akan menjadi catatan dan

koreksi bagi manajemen untuk melakukan penataan terhadap kualitas pelayanan khususnya untuk unit rawat inap. Penelitian ini berkontribusi dalam pengembangan studi bidang manajemen strategik pada institusi rumah sakit, namun masih memiliki 3 (tiga) keterbatasan. Pertama, penelitian ini bersifat penelitian studi kasus pada satu rumah sakit. Sehingga hasil penelitian ini tidak bisa digeneralisir seluruhnya untuk institusi rumah sakit lainnya. Kedua, analisis pada penelitian ini menggunakan matriks IFE, EFE dan TOWS yang dominan menggunakan perspektif para pengambil keputusan strategis, sehingga unsur subjektivitas cukup dominan. Hal ini merupakan salah satu keterbatasan dalam menggunakan matriks tersebut dalam melakukan analisis strategi. Ketiga, implikasi praktikal penelitian ini baru berada pada tatanan formulasi strategi dan belum mendetailkan dalam bentuk program kegiatan. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan mampu memberikan implikasi praktikal yang lebih detail sampai dengan tatanan program kegiatan.

Menurut Wells dan Prensky (1996), disiplin perilaku konsumen adalah studi tentang konsumen ketika mereka melakukan pertukaran sesuatu yang berharga untuk sebuah produk atau jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Perilaku konsumen dapat dipandang sebagai sebuah proses yang melibatkan pemilihan, pembelian, penggunaan, evaluasi, dan menghabiskan barang dan jasa yang akan memenuhi kebutuhan seseorang. Studi perilaku konsumen juga melibatkan bagaimana konsumen memutuskan dan menghabiskan waktu dan uang mereka untuk membeli dan mengonsumsi produk dan jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana para pemasar berusaha menawarkan produk dan jasa yang memenuhi kebutuhan konsumen sehingga konsumen mau membeli barang dari pemasar. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana pengambil keputusan berusaha mempengaruhi konsumen, pemasar, dan peraturan perundang-undangan. Definisi lain dari perilaku konsumen menurut Blythe (2008) adalah interaksi yang dinamis antara afeksi, kognisi, perilaku, dan lingkungan dimana manusia melakukan pertukaran berbagai aspek dalam kehidupannya. Menurut Danek (1989), definisi tersebut menggambarkan bahwa perilaku konsumen adalah dinamis. Definisi tersebut menekankan hubungan berbagai unsur berbeda dalam menentukan perilaku konsumen. Perspektif ini menjadi alasan mengapa sebuah strategi perlu dievaluasi terus menerus karena sebuah strategi mungkin berlaku pada masa lalu, namun mungkin tidak akan berlaku pada masa depan, dikarenakan pengaruh yang membentuk perilaku itu berubah sepanjang waktu. Definisi yang telah dikemukakan di atas juga meliputi konsep pemasaran sebagai sebuah manajemen pertukaran yang diterima oleh semua pemasar. Seorang ayah yang menjanjikan seorang anaknya sebuah makanan sebagai hadiah untuk perilakunya yang baik diartikan sebagai proses pemasaran. Blythe (2008) menggambarkan bahwa ada interaksi antara emosi, konasi atau kecenderungan perilaku dan kognisi atau proses berfikir serta faktor lingkungan dan personal yang akan menghantarkan perilaku konsumen. Gambar ini menunjukkan bahwa sikap dasar yang terbentuk dari pikiran, emosi dan kecenderungan perilaku dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan personal yang akan menghasilkan perilaku.

Pemasar dapat mempengaruhi proses tersebut. Pada beberapa titik, pemasar dapat mempengaruhi jalan pikiran konsumen dengan memberikan informasi yang tepat pada waktu yang tepat. Pemasar dapat mempengaruhi emosi dengan menyediakan komunikasi yang baik. Pemasar dapat mempengaruhi lingkungan stimulus yang tepat misalnya toko yang menyediakan jaringan yang mudah untuk menstimulasi pembelian. Pemasar dapat mendorong konsumsi lebih banyak karena pemasaran yang baik tidak berhenti pada satu titik

penjualan, pemasar akan mencari tempat-tempat lain untuk memasarkan atau menjual produknya. Dalam SWOT Matrix Analisa Konsumen juga menjadi daya tarik bagi para peneliti. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Pada masa lalu, perilaku konsumen hanya berfokus kepada mengapa konsumen belanja. Saat ini, fokus perhatian studi konsumen lebih luas, yang meliputi perilaku konsumsi termasuk didalamnya mengapa dan bagaimana konsumen mengkonsumsi studi konsumen bukan saja menarik perhatian para pemasar. Studi perilaku konsumen bahkan menarik perhatian bukan pemasar, karena apa? Karena kita semua adalah konsumen. Definisi lain dari perilaku konsumen adalah semua kegiatan, tindakan, serta proses psikologis yang mendorong tindakan pembelian, baik pada saat sebelum melakukan pembelian, ketika melakukan pembelian, saat menggunakan, menghabiskan produk dan jasa, serta hal-hal lainnya terkait pembelian atau kegiatan mengevaluasi pembelian. Dari hal tersebut beberapa bagian penting dari perilaku konsumen adalah proses setelah konsumsi dan evaluasi. Selain itu, perlu diperhatikan bagaimana konsumen memperlakukan kemasan setelah ia mengonsumsi isinya. Kemasan akan berpengaruh negatif terhadap lingkungan jika kemasan tidak dibuang dengan cara yang benar.

Konsumen harus dididik bagaimana cara membuang kemasan dengan benar. Peter dan Olson (1999) mengemukakan bahwa “*Perilaku konsumen merupakan hal yang dinamis karena berpikir, merasakan, dan tindakan individu konsumen, menargetkan grup konsumen, dan masyarakat luas yang terus menerus berubah*” (dikutip sesuai aslinya dari hal 6). Konsumen dibagi dua, yakni konsumen individu atau konsumen rumah tangga, dan konsumen organisasi. Konsumen individu umumnya melakukan pembelian produk dengan tujuan konsumsi pribadi atau untuk diberikan ke orang lain. Jenis konsumen kedua disebut dengan konsumen organisasi. Konsumen organisasi umumnya membeli produk, baik peralatan atau jasa untuk tujuan organisasi. Sebagai contoh, IPB dapat disebut dengan konsumen, di mana IPB melakukan pembelian peralatan, bahan untuk kegiatan proses belajar mengajar, membangun gedung, membeli fasilitas gedung atau kantor, membeli AC atau kipas angin dan pembelian barang lainnya. Contoh lain dari konsumen organisasi adalah pemerintah dan perusahaan. Perusahaan atau produsen adalah konsumen organisasi atau konsumen bisnis yang membeli barang dan jasa untuk proses produksi yang akan menghasilkan barang dan jasa lainnya. Pada mata kuliah ini, yang akan menjadi fokus kita adalah konsumen individu.

Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen. Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijelankannya. Aplikasi perilaku konsumen dalam SWOT Matrix berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis.

Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi kosumen yang memiliki karakter tersebut. Konsumen diharapkan dapat mengambil keputusan dengan tepat. Selain itu, memahami perilaku konsumen juga penting untuk konsumen sendiri, agar konsumen dapat menjadi konsumen yang bijak, konsumen yang cerdas, dan konsumen yang dapat melindungi dirinya sendiri. Hal tersebut dikarenakan orang yang bisa memahami perilaku konsumen dapat terjerumus untuk menipu atau mengelabui konsumen. Sebagai contoh, kasus perusahaan membawa kabur uang muka pembangunan rumah. Kasus tersebut umumnya terjadi berulang dari tahun ke tahun dan di beberapa tempat yang berbeda. Hal tersebut terjadi karena perusahaan memahami benar perilaku orang, khususnya kelemahan konsumen, dengan emosi konsumen sehingga dari kelemahan tersebut perusahaan atau penipu memanfaatkannya. Oleh karena itu, dengan memahami perilaku konsumen ini sebaiknya kita bisa melindungi diri kita sendiri. Jadi, dengan memahami perilaku konsumen orang dapat menjadi lebih baik karena dapat melindungi konsumen sehingga konsumen dapat lebih berhati-hati dalam melakukan keputusan pembelian. Saat ini banyak terjadi kasus penculikan atau sejenisnya yang menimpa beberapa orang, terutama wanita melalui internet. Wanita tersebut dikelabui dengan ajakan menikah namun setelah ditelusuri ternyata laki-laki tersebut adalah penipu. Wanita tersebut diminta mentransfer uang. Penipuan tersebut dapat terjadi karena pelaku penipuan mengerti cara mengetahui wanita yang sedang galau untuk selanjutnya didekati. Para ahli telah lama tertarik mempelajari dan memahami perilaku konsumen. Bukan saja para ahli akademisi yang tertarik dengan mempelajari konsumen, para produsen maupun pemasar juga sangat tertarik mempelajari perilaku konsumen.

Analisa konsumen dapat dipelajari di dalam berbagai perspektif. Perspektif pertama adalah dari sisi ekonomi, yaitu mempelajari permintaan dan penawaran, perspektif kedua dari sosiologi, yaitu mempelajari perilaku sebuah kelompok, perspektif ketiga yaitu psikologi yaitu mempelajari proses berpikir manusia, perspektif yang keempat yaitu antropologi, yaitu studi menjelaskan tentang apa yang membuat kita menjadi manusia. Konsumen sebagaimana dikemukakan oleh Khaled Ibn Abdul-Rahman Al-Jeraisy 2008: *Consumer Behavior: An Analytical Study of The Saudi Family's Purchase Decisions*. King Fahd National Library pada hal 46 yaitu:

1. Perilaku konsumen berdasarkan motif dan insentif
2. Perilaku konsumen meliputi beberapa kegiatan
3. Perilaku konsumen pergi melalui langkah-langkah yang berurutan
4. Perilaku konsumen bervariasi sesuai dengan waktu dan struktur
5. Perilaku konsumen termasuk peran yang berbeda
6. Perilaku konsumen dipengaruhi oleh faktor eksternal

Studi perilaku konsumen pada hakikatnya adalah melihat konsumen dari berbagai disiplin, pemasar juga akan memahami konsumen di dalam berbagai perspektif tersebut. Para ahli telah mendefinisikan perilaku konsumen. Pendekatan pertama di kemukakan oleh Engel Blackwell, Miniard (1995) yang mengemukakan bahwa perilaku konsumen adalah kegiatan yang dilakukan ketika orang atau seseorang mendapatkan, mengkonsumsi dan menghabiskan barang dan jasa. Definisi tersebut akan menimbulkan

berbagai pertanyaan memiliki banyak arti. Memperoleh barang dapat meliputi berbagai kegiatan seperti membeli, mencari informasi tentang barang dan jasa dan juga mengevaluasi alternatif. Memperoleh barang juga memiliki arti tidak menggambarkan pembelian yang sesungguhnya. Memperoleh barang juga dapat menggambarkan apakah seorang konsumen membayar produk tersebut dengan tunai, dengan kartu kredit atau dengan kredit lainnya. Memperoleh barang dapat berarti juga apakah konsumen mendapatkan barang tersebut untuk dirinya atau untuk hadiah. Konsumsi memiliki arti bagaimana konsumen menggunakan produk yang mereka beli.

Konsumsi memiliki arti dimana produk itu dikonsumsi, kapan, pada situasi apa produk digunakan atau dikonsumsi dan bagaimana produk itu digunakan atau dikonsumsi. Setelah konsumsi adalah kegiatan disposal atau pembuangan produk, ketika produk atau barang sudah rusak atau tidak diperlukan lagi maka mereka akan membuang barang tersebut, pembuangan dapat meliputi juga penempatan kemasan di tempat sampah. Kemasan tersebut mungkin dapat didaur ulang atau dibakar atau masuk ketempat pembuangan sampah. Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa sebagian besar barang yang kita beli dikemas dan kemasan yang dibuang oleh sebagian besar konsumen ini menimbulkan masalah lingkungan. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk memahami bagaimana kemasan ini dibuang karena akan membawa implikasi penting bagi lingkungan. Studi perilaku konsumen memiliki dua konsep utama yaitu konsumen dan pertukaran. Konsumen merupakan fokus perhatian dalam studi perilaku konsumen. Studi perilaku konsumen mempengaruhi bagaimana konsumen melakukan proses keputusan. Studi perilaku konsumen dilakukan dari berbagai perspektif meliputi psikologi, ekonomi, sosiologi dan antropologi. Pertukaran adalah konsep penting kedua dari perilaku konsumen. Konsumen akan melakukan proses pertukaran dari sesuatu yang mereka miliki yang akan dipertukarkan oleh barang dan jasa yang dapat memenuhi kebutuhan produk yang memenuhi kebutuhan konsumen. Konsumen melakukan kegiatan belanja. Kegiatan belanja pada hakekatnya adalah kegiatan pertukaran yang dilakukan oleh konsumen. Pertukaran tersebut dapat melibatkan uang sebagai media yang banyak digunakan untuk melakukan pertukaran namun demikian konsumen juga dapat mempertukarkan waktunya untuk barang dan jasa ketika dia harus bekerja untuk memperoleh pendapatan.

K. Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., *"Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections"*, artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, *"Public-Private Partnership: Illustrative Examples"*, diakses dari search in www.yahoo.com.
- "Peluang Kesehatan di Era Ekonomi"*, diakses dari www.aplcare.com.
- "Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi"*, diakses dari www.bkkbn.go.id.
- "Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat"*, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., *"Public-Private Partnership for Public Health"*, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.

- Siagian, Albiner, “Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “Public Private Services Team Up”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Thomas, A., dan Valerie Curtis, “Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, “Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, “Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa U



MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK 353)

Universitas
Esa Unggul

SESI 10
PROFITABILITY dan PRICING
PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

DISUSUN OLEH

L. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Matrix SWOProfit dan Pricing dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Profitability di Provider Pelayanan Kesehatan dengan Pricing Matrix
3. Memahami manfaat Profitability dan Pricing di Pelayanan Kesehatan PPK

M. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- j. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- k. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- l. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. Topik Perkuliahan : Profitability dan Pricing di PPK

N. Uraian :

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan adalah salah satu kebutuhan utama manusia. Pemberian pelayanan kesehatan selalu berhubungan erat dengan fasilitas kesehatan, dimana pelayanan kesehatan yang lengkap tentunya membutuhkan fasilitas yang lengkap. Hal ini tentunya membutuhkan biaya mahal yang harus ditanggung pasien untuk menggunakan fasilitas tersebut. Sehingga tidak semua lapisan masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan.

Untuk menjamin masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan negara membuat sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional bekerja untuk memastikan segala lapisan masyarakat bisa

menjangkau pelayanan kesehatan masyarakat. Umumnya Sistem kesehatan nasional bekerja lazimnya asuransi yaitu dengan menyediakan kumpulan dana yang diberikan oleh semua masyarakat ditambah dengan dana dari pemerintah yang kemudian dikembalikan kepada masyarakat yang sakit dalam bentuk layanan kesehatan yang tidak berbayar (Rodwin, 2013). Di Indonesia sistem kesehatan nasional dinamakan dengan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Sejauh ini JKN telah diikuti oleh sejumlah 150 juta peserta yang menjadikan JKN sebagai sistem kesehatan nasional dengan jumlah peserta terbanyak di dunia (Kompas, 15 Agustus 2015). BPJS sebagai sistem kesehatan nasional memiliki dampak terhadap industri kesehatan dan turunannya dimana ditunjukkan dengan tumbuh pesatnya industri farmasi (Tribunnews, 08 Januari 2016). Himmelstein dan Woolhandler (1989) juga menggambarkan hal serupa bahwa adanya sistem kesehatan nasional akan berdampak positif terhadap pendapatan dari industri rumah sakit yaitu pendapatan rumah sakit.

Pelaksanaan JKN di Indonesia dilakukan dengan basis INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups). INA-CBG's memberikan penggantian kepada rumah sakit sesuai dengan clinical pathway dari suatu penyakit. INA-CBG's ditentukan berdasar rata-rata pembiayaan pengobatan penyakit. Pembiayaan ini diberikan tanpa peduli berapa lama pasien dirawat. Hal ini berbeda dengan fee for service yang mengeluarkan biaya berdasarkan jumlah pelayanan, yang artinya semakin lama pasien dirawat maka pemasukan rumah sakit makin besar. Beberapa rumah sakit menganggap bahwa sistem ini menimbulkan defisit dalam pembiayaan bagi rumah sakit (Kompas, 30 Maret 2014). Sehingga diperlukan adanya penelitian yang melakukan konfirmasi atas hasil dari penerapan JKN bagi suatu rumah sakit. Salah satu pendekatan yang bisa dilakukan untuk melihat kontribusi dari suatu sistem pendapatan dan biaya adalah dengan menggunakan *Customer Profitability Analysis*. Analisis profitabilitas pelanggan dapat membantu para manajer untuk mengidentifikasi pelanggan yang paling menguntungkan Blocher, *et al* (2010). Hal ini bisa digunakan untuk membandingkan profitabilitas antara pasien yang dirawat dengan menggunakan skema BPJS dibandingkan dengan pasien yang dirawat menggunakan skema lain.

Analisa Profitabilitas Pelanggan

Menurut Blocher, *et al* (2011) Analisis profitabilitas pelanggan dilakukan dengan mengidentifikasi kegiatan layanan pelanggan dan biaya *driver* dan menentukan profitabilitas setiap pelanggan atau kelompok pelanggan. Layanan pelanggan yang dimaksud adalah mencakup semua kegiatan untuk menyelesaikan penjualan dan memuaskan pelanggan, termasuk iklan, *sales calls*, pengiriman, penagihan, pengumpulan, *service calls*, permintaan, dan bentuk-bentuk layanan pelanggan. Analisis profitabilitas pelanggan memberikan data bagi pengambil keputusan untuk :

- Mengidentifikasi kelompok pelanggan yang paling memberikan keuntungan .
- Mengatur biaya dalam melayani pelanggan.
- Melakukan analisa terhadap bauran produk
- Mengatur bauran pembelian pelanggan untuk memberikan profit yang lebih tinggi.

- Pengaturan potongan harga untuk mendapatkan lebih banyak jumlah dengan biaya yang rendah untuk melayani pelanggan.
- Memilih jenis layanan *after-sale* yang diberikan

Analisis profitabilitas pelanggan dilakukan dengan menggabungkan pendapatan pelanggan dan biaya pelanggan analisis untuk menilai profitabilitas pelanggan dan membantu mengidentifikasi tindakan untuk meningkatkan profitabilitas pelanggan. Analisis profitabilitas pelanggan menyediakan informasi berharga untuk penilaian nilai pelanggan (Blocher, *et al* , 2011). Penggunaan analisis profitabilitas pelanggan secara efektif memungkinkan perusahaan layanan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan dan meningkatkan profitabilitas (Cotton 2003). Hal awal yang perlu dilakukan dalam menyusun analisa profitabilitas pelanggan ialah dengan melakukan analisis activity based costing. Menurut Cooper (1988) penggunaan metode *Activity Based Costing* (ABC) dapat meningkatkan pendekatan margin kontribusi tradisional dan kualitas pada analisis profitabilitas pelanggan

Activity Based Costing

Activity Based Costing dapat didefinisikan Sebagai pendekatan perhitungan biaya yang membebankan biaya sumber daya ke objek biaya seperti produk, jasa, atau pelanggan berdasarkan aktifitas yang dilakukan untuk objek biaya (Blocher, *et al*, 2011). Henry R. Enderson, *et al* (1996) menggambarkan *Activity Based Costing* sebagai pendekatan untuk biaya penugasan yang mengidentifikasi semua kegiatan operasional utama, mengkategorikan biaya dengan aktifitas, mengurangi atau menghilangkan *non value-adding activities*, dan menetapkan biaya menggunakan dasar yang menimbulkan biaya yang harus dikeluarkan.

Non value-adding adalah kegiatan produksi-atau-jasa terkait yang menimbulkan biaya untuk sebuah produk tetapi tidak meningkatkan nilai pasarnya. Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *Activity Based Costing* adalah salah satu metode perhitungan biaya berdasarkan aktifitas-aktifitas operasional utama sehingga dapat menetapkan biaya untuk sebuah produk secara akurat dan mengurangi atau menghilangkan *non value-adding activities*.

Activity Based Costing Pada Jasa Kesehatan

Pendekatan ABC untuk mengetahui profitabilitas dari pasien dipandang sangatlah penting untuk memahami struktur pendapatan dari suatu bisnis rumah sakit. Penelitian dari Popesko, Novak, & Papadaki, (2015) melakukan analisa terhadap pasien dari jasa kesehatan pada negara ceko slovakia dengan menggunakan pendekatan ABC. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa pemakaian ABC dalam jasa kesehatan akan memiliki tantangan karena adanya masalah kerahasiaan yang harus dijaga didalam penelitian mengenai jasa kesehatan.

Penelitian lain (Yen-Ju Lin *et al.*, 2007) menunjukkan bahwa penerapan ABC didalam jasa kesehatan walaupun memiliki batasan akibat kerahasiaan pasien, ABC mampu memberikan manfaat yang sangat besar karena bisa memahami biaya dengan lebih baik dibandingkan dengan *Step Down Costing*. Lebih lanjut

Penerapan ABC dalam jasa kesehatan sekaligus dapat mengidentifikasi prosedur yang tidak tepat. Manfaat dari ABC pada jasa kesehatan ini ternyata juga sesuai dengan gambaran umum dari (Yalcin, 2012) yang menggambarkan manfaat dari ABC pada berbagai sektor jasa dan barang

Metode

Adapun data yang perlu untuk diperoleh dalam melakukan analisa profitabilitas dari pasien diantaranya ialah : data mengenai pendapatan yang diterima oleh rumah sakit baik untuk pasien BPJS dan pasien umum serta data mengenai biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam melakukan perawatan bagi pasien. Pendekatan biaya yang dipakai ialah dengan menggunakan data activity based costing yang telah tersedia dalam penelitian yang dilakukan sebelumnya (Nuswandari. A, I., Hakim. M, S., Negoro. N, P,2015). Dalam memetakan biaya dilakukan berdasarkan clinical pathway (*diagram alur perawatan*) bagi pasien dengan penyakit tifus.

Beragamnya jenis penyakit menimbulkan kesulitan dalam melakukan perbandingan antara pasien. Untuk mengantisipasi hal tersebut penelitian ini hanya berfokus pada penyakit tifus. Hal ini dikarenakan untuk penyakit tifus merupakan salah satu dari 10 penyakit yang paling banyak ditangani oleh contoh rumah sakit bhayangkara surabaya. Serta penyakit tifus memiliki variasi yang relatif minim dari sisi perawatan yang diberikan oleh rumah sakit. Adapun asumsi lain yang dipakai dalam penelitian ini ialah bahwa perhitungan profitabilitas pelanggan ialah bahwa perawatan dilakukan dalam 5 hari. asumsi ini didapatkan dari hasil pemetaan pasien yang sakit tifus ditemukan bahwa rata-rata pada lima hari sudah keluar dari rumah sakit. Penelitian didalam jasa rumah sakit haruslah mengikuti peraturan yang berlaku mengenai kerahasiaan data pasien. Sehingga dalam penelitian ini data kesehatan yang diperoleh ialah data yang bersifat anonim atau tanpa adanya identitas pemiliki data.

Provider Layanan Kesehatan, Klinik maupun Rumah sakit adalah suatu organisasi yang unik dan kompleks karena merupakan institusi yang padat karya, mempunyai sifat dan ciri serta fungsi khusus dalam pelayanan penderita. Andaleeb (1998) berpendapat bahwa salah satu industri sektor publik yang tumbuh dengan cepat adalah industri perawatan kesehatan atau rumah sakit. Disamping melaksanakan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat, rumah sakit juga mempunyai fungsi pendidikan dan penelitian (Boekitwetan, 1997).

Peran institusi pelayanan kesehatan seperti klinik dan rumah sakit dewasa ini semakin dituntut untuk memberikan pelayanan yang lebih bermutu dan sanggup memenuhi berbagai kebutuhan yang diakibatkan oleh berbagai perubahan epidemiologi penyakit, struktur sosial dan ekonomi, perkembangan ilmu dan teknologi dan struktur demografis. Dengan alasan demikian maka rumah sakit tidak dapat dikelola dengan manajemen yang sederhana, tetapi harus dikelola secara profesional sehingga mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan tersebut. Untuk menjawab tantangan persaingan rumah sakit dimasa yang akan datang, disamping

organisasi harus menciptakan jasa dan produk baru dengan menggunakan teknologi terkini, inovatif dan kreatif, organisasi yang fleksibel dan mudah beradaptasi (Ayuningtyas et al., 2005).

Kotler (2000) berpendapat bahwa faktor penentu keberhasilan didalam menjalankan usaha adalah produk/pelayanan, harga, promosi dan tempat. Adapun produk yang diberikan kepada klien oleh rumah sakit adalah berupa produk jasa (Lestari, 2004). Sementara itu harga menjadi pertimbangan orang untuk memilih rumah sakit, karena harga merupakan jumlah uang yang dibutuhkan untuk mendapatkan sejumlah kombinasi dari produk pelayanan (Kotler, 2000). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa antara harga dan pelayanan memiliki hubungan yang kuat. Berdasarkan hal tersebut para pelaku pelayanan dengan produk jasa dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanannya secara prima, jika ingin mendapatkan tempat dalam pasar yang makin dewasa.

Definisi Strategi

Strategi berasal dari bahasa Yunani kuno yang berarti “seni berperang”. Secara umum strategi dapat diartikan sebagai rencana yang berskala besar dan berorientasi dengan lingkungan persaingan dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara itu Rangkuti (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental (senantiasa meningkat) dan terus menerus serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh para pelanggan dimasa depan. Manajemen strategi didefinisikan sebagai suatu seni dan ilmu untuk memformulasi, implementasi dan evaluasi keputusan-keputusan fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Definisi dari manajemen strategis bermakna sebagai suatu usaha memfokuskan manajemen untuk saling terintegrasi antara unit yang terlibat dalam organisasi, seperti pemasaran, keuangan/akuntansi, produk/operasi, penelitian pengembangan, serta sistem informasi untuk mencapai kesuksesan dan tujuan organisasi. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Pearce and Robinson (2007) bahwa manajemen strategi adalah sekumpulan keputusan dan tindakan yang dapat menghasilkan suatu perumusan dan pelaksanaan rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran organisasi. Dengan demikian maka manajemen strategi sangat menentukan keberhasilan suatu bisnis atau organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Berkaitan dengan hal tersebut Soejitno (2000) berpendapat bahwa pengembangan rumah sakit, perlu mengacu kepada: 1) Filosofi rumah sakit mengacu pada adagium lama bahwa pasien dan keluarganya adalah pelanggan yang wajib dipuaskan. 2) Dalam menggali dana kemanusiaan, rumah sakit perlu untuk merencanakan suatu program public relation dan pemasaran sosial yang sistematis.

3) Budaya atau citra rumah sakit perlu dijaga agar menjadi suatu institusi yang sosial dan masih harus dibantu. 4) Pelatihan staf harus dilakukan secara sistematis dalam mengantisipasi terhadap berbagai kemungkinan adanya perubahan. 5) Apabila diversifikasi mampu dilakukan rumah sakit diluar bisnisnya intinya. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa institusi rumah sakit tidak bisa terlepas sebagai institusi yang bersifat sosial yang membutuhkan peningkatan kompetensi karyawan, kegiatan pemasaran dan diversifikasi bisnis harus dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Lingkungan Industri

Lingkungan yang mempengaruhi proses bisnis rumah sakit seperti yang dinyatakan Soejitno (2000) dapat diilustrasikan melalui gambar 2. Berdasarkan ilustrasi tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan organisasi rumah sakit dipengaruhi oleh lingkungan langsung dan lingkungan tak langsung. Lingkungan langsung terdiri dari mitra dalam dan mitra luar, mitra dalam merupakan lingkungan internal organisasi sendiri yang terlibat langsung dalam kegiatan operasional rumah sakit. Sedangkan mitra luar terdiri dari kelompok masyarakat maupun lembaga-lembaga yang mendukung kegiatan operasional organisasi rumah sakit, tetapi mereka berada diluar lingkungan organisasi rumah sakit. Sementara yang dimaksudkan dengan lingkungan tidak langsung adalah lingkungan sosial, teknologi, ekonomi dan politik (Pearce and Robinson, 1997). Semua variabel tersebut tidak dapat dikontrol perubahannya oleh organisasi rumah sakit. Dalam kaitannya dengan penyusunan strategi, organisasi hanya bisa memprediksi atau meramalkan kondisi semua variabel tersebut dimasa yang akan datang.

Keunggulan Kompetitif

Keunggulan bersaing merupakan suatu kondisi yang menggambarkan kinerja sebuah perusahaan relatif terhadap pesaing dalam hal product

marketing (Peteraf and Barney, 2003). Peneli-

tian tentang keunggulan kompetitif merupakan salah satu penelitian inti dalam manajemen strategik. Dalam beberapa dekade, berbagai penelitian dengan perspektif teori yang berbeda terus dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana sebuah perusahaan mampu mengembangkan strategi bersaing dibandingkan pesaingnya. Cara pandang tersebut antara lain; pencapaian posisi keunggulan bersaing superior (Bain, 1956, 1959; Porter, 1980; 1985; 1998), membangun dan mencapai sumber daya strategik superior (Amit and Schoemaker, 1993; Barney, 1986, 1991; Peteraf, 1993; Wernerfelt, 1984), serta kemampuan dalam mengatur kembali sumber daya organisasi menjadi sumber daya yang strategis dan bernilai (Eisenhardt and Martin, 2000; Teece, Pisano and Shuen, 1997). Sementara pandangan baru tentang konsep keunggulan bersaing seperti yang diungkapkan oleh Bettis and Hitt (1995) menunjukkan bahwa bentuk kompetisi yang terjadi pada berbagai macam industri saat ini menekankan kepada fleksibilitas, kecepatan dan inovasi dalam merespon perubahan lingkungan yang cukup dinamis. Namun demikian, yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa dalam upaya membangun keunggulan kompetitif, sebuah organisasi tidak terlepas dari kekuatan kunci lingkungan eksternal dan internal.

Kekuatan kunci eksternal dapat dibagi menjadi lima kategori (David, 1997) yaitu kekuatan ekonomi; kekuatan sosial, budaya, demografi; kekuatan politik, peraturan pemerintah dan hukum; teknologi, serta kekuatan pesaing. Sementara kekuatan kunci internal dapat dibagi menjadi enam kategori yaitu manajemen, pemasaran, produksi dan operasi, penelitian dan pengembangan, keuangan/akunting, serta sistem informasi. Dalam perspektif yang sama, Duncan (1995) menambahkan faktor budaya dan citra organisasi sebagai faktor kunci internal sebuah organisasi.

Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui dalam menentukan alternatif strategi pilihan tersebut. Adapun tahapan tersebut adalah tahap diagnosis/input stage, tahap penggabungan/matching stage dan

tahap penerapan strategi/decision stage. Lebih lanjut, Duncan (1995) memberikan penekanan perlunya analisis terhadap visi dan misi organisasi dalam rencana pengembangan sebuah organisasi.

Tahap Input (Input Stage)

Pada tahap input dilakukan perhitungan secara subjektif sebagai tahap awal dari perumusan strategi. Hasil perhitungan adalah berupa pembuatan keputusan kecil dalam matriks input faktor eksternal dan internal, sehingga dapat dihasilkan dan dievaluasi strategi secara lebih efektif. Penilaian intuitif yang baik selalu diperlukan dalam menetapkan pembobotan dan penilaian yang tepat. Dalam kaitan ini tahap input terdiri dari: 1) Analisis Lingkungan Usaha Internal (IFE), yaitu alat perumusan strategi yang berguna untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan utama dalam berbagai bidang fungsional dari suatu usaha. 2) Analisis Lingkungan Usaha Eksternal (EFE), yaitu alat perumusan strategi untuk meringkas dan mengevaluasi informasi ekonomi, sosial, budaya, demografi, politik, pemerintah, hukum, teknologi dan persaingan.

Tahap Pencocokan (Matching Stage)

Pada tahapan pencocokan digunakan matrik Threat-Opportunity-Weakness-Strength (TOWS matrix) dan matrik Internal External (I-Ematrix), sebagaimana tampak pada Gambar 4. Matrik IE dibagi menjadi tiga bagian utama yang mempunyai strategi yang berbeda (David, 1997). Pertama, divisi atau unit bisnis yang termasuk ke dalam sel I, II, IV, dinamakan pada posisi Growth and Build dan strategi yang tepat untuk dilakukan pada divisi atau unit bisnis ini adalah strategi intensif atau integratif. Strategi intensif dapat dilakukan dengan penetrasi pasar, pengembangan produk dan pengembangan pasar, sedangkan strategi integratif dapat dilakukan dengan integrasi kedepan, integrasi kebelakang dan integrasi horizontal. Kedua, divisi atau unit bisnis yang termasuk ke dalam sel III, V, VII, dinamakan pada posisi hold and maintain, penetrasi pasar dan pengembangan pasar merupakan dua strategi yang terbanyak dilakukan untuk divisi ini.

Tahap Pengambilan Keputusan (Decision Stage)

Pada tahapan pengambilan keputusan (decision stage) digunakan matrix QSPM (Quantitative Strategic Planning Matrix). Dalam pembuatan keputusan formulasi strategi ini didasari oleh analisa dan kebijakan intuisi. Pada analisa penyesuaian atau pencocokan (matching) hanya menyatakan alternatif strategi yang layak saja tetapi belum dilakukan prioritas pilihan strategi. Beberapa strategi tambahan yang dihasilkan dari analisa penyesuaian (matching) hanya menyatakan alternatif strategi yang layak. Tabel 1 berikut menunjukkan contoh format QSPM.

IFAS EFAS	Kekuatan- S	Kelemahan-W
Peluang-O	STRATEGI (SO) Future Quadrant	STRATEGI (WO) Internal Fix-it Quadrant

Ancaman- T	STRATEGI (ST) External Fix-it Quadran	STRATEGI (WT) Survival Quadrant
---------------	---	------------------------------------

Gambar 3: Matrik TOWS (David, 2015)

Analisis Tahap Pencocokan Matriks

Hasil penilaian terhadap yang dirangkum dalam bentuk TOWS matrix dapat dilihat pada gambar 6 pada halaman berikut. Pada tahapan matching antara pengaruh faktor lingkungan eksternal dan internal dilakukan penilaian dengan Internal External Matrix. Berdasarkan penilaian EFE (2,90) dan IFE (2,81) maka bagian rawat inap RS "X" berada pada sel V (hold and maintain) pada IE Matrix, seperti dapat dilihat pada gambar dibawah. Berdasarkan analisis yang tergambar melalui Internal External Matrix diatas dapat dilihat bahwa RS "X" berada pada sel V. Strategi untuk organisasi yang berada pada sel V IE Matrix adalah posisi hold and maintain, strategi terbanyak yang dilakukan oleh organisasi pada posisi ini menurut David (2005) adalah melakukan dua alternatif strategi yaitu penetrasi pasar (market penetration) dan pengembangan produk (product development). Apabila dilakukan pencocokkan dengan matriks TOWS maka kondisi tersebut berada pada strategi WO atau Internal Fix-it Quadrant yaitu menciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada.

Tahap Pengambilan Keputusan (Decision Stage)

Berdasarkan matriks Internal Eksternal diatas didapatkan alternatif strategi terpilih yaitu penetrasi pasar dan pengembangan produk. Dari dua alternatif strategi tersebut selanjutnya dilakukan pemilihan prioritas strategi dengan melakukan tabulasi prioritas strategi.

Implikasi Praktikal

Pemilihan strategi pengembangan produk sangat sesuai dengan kondisi organisasi saat ini dengan beberapa alasan berikut: Pertama, Organisasi mempunyai produk yang menjadi unggulan dan dalam tahap pematangan dalam menarik pelanggan seperti tergambar dari tujuan khusus RS "X" yaitu; menjadikan RS "X" sebagai Rumah Sakit Swasta rujukan, khususnya bidang kebidanan dan penyakit kandungan di Sumatera Tengah. Dari tujuan khusus tersebut dapat disimpulkan bahwa RSU "X" fokus dengan produk unggulannya dalam bidang kebidanan dan penyakit kandungan.

Kedua, Organisasi bersaing dalam industri dengan pertumbuhan yang tinggi. Berdasarkan analisa lingkungan eksternal yang dilakukan maka ancaman dari organisasi adalah semakin tumbuhnya bisnis sejenis di Kota Padang khususnya dan didukung oleh kebijaksanaan pemerintah yang memberikan kemudahan prosedur pendirian Rumah Sakit dan klinik dalam rangka menuju "Indonesia Sehat".

Ketiga, pesaing utama menawarkan produk dengan harga yang bersaing. Berdasarkan strategic mapping tergambar bahwa pesaing terdekat RS "X" yaitu RS "SLG" memiliki penawaran harga yang lebih kompetitif dengan tingkat pelayanan yang sedikit lebih rendah dibandingkan dengan RS "X". Oleh sebab itu RS "X" harus melakukan strategi pengembangan produk untuk memenuhi

keinginan pelanggan saat ini agar dapat mengantisipasi pesaing terdekatnya tersebut. Hal ini juga sesuai dengan tujuan khusus dari organisasi yaitu meningkatkan mutu pelayanan RS "X" dengan berorientasi kepada keinginan dan kepuasan pelanggan. Sementara itu faktor yang kurang mendukung strategi ini adalah kondisi internal organisasi, karena berdasarkan analisa lingkungan internal yang dilakukan terdapat indikasi bahwa organisasi lemah dalam riset dan pengembangan. Hal ini dapat disebabkan karena faktor Sumber Daya Manusia yang kurang mendukung, sedangkan tujuan khusus keempat RS "X" adalah meningkatkan mutu dan kinerja SDM di lingkungan RS "X". Berdasarkan dua kondisi tersebut terdapat kontradiksi antara rencana strategi yang dijalankan perusahaan saat ini dengan rencana strategi bisnis yang direkomendasikan. Hasil matriks TOWS memperlihatkan bahwa organisasi berada pada strategi WO atau internal fix-it quadrant yaitu strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada. Berdasarkan hasil tersebut maka strategi terpilih product development pada RS "X" dapat dilakukan melalui strategi WO hasil dari TOWS matriks yaitu; (a)memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan, dan (b)melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dan ketiga, meningkatkan kompetensi SDM. Untuk memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan dapat ditindaklanjuti dengan dengan cara: 1) memasukkan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan pada struktur organisasi. 2) menyusun program dan melakukan rekrutmen pelaksana divisi atau bagian penelitian dan pengembangan serta melibatkan seluruh unsur dari tiap bagian dalam kelompok kerja penelitian dan pengembangan. 3) melakukan penelitian dan pengembangan dengan memanfaatkan data internal dan eksternal dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada pelanggan serta melibatkan seluruh sumber daya yang ada. 4) menindaklanjuti setiap hasil penelitian yang dilakukan apabila hasil tersebut bermanfaat terhadap kemajuan perusahaan. 5) membina kerjasama dengan pihak universitas dalam bidang penelitian dan pengembangan tersebut.

Selanjutnya perlu dilakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dapat dilakukan dengan cara: 1) menghitung dan menetapkan biaya jasa pelayanan yang ada saat ini atau akan ditawarkan serta menyesuaikan biaya tersebut dengan kemampuan pelanggan untuk membayar. 2) melakukan penelitian dan perencanaan anggaran keuangan secara tepat. 3) menggalang komitmen dan supervisi terhadap pelaksanaan rencana anggaran. 4)meningkatkan kemampuan dan keterampilan pelaksana manajemen keuangan. Sementara itu dalam hal meningkatkan kompetensi SDM dapat ditindaklanjuti dengan cara: 1) Menyempurnakan struktur organisasi sehingga semua komponen organisasi dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. 2) Menganalisa dan menyempurnakan job description terutama untuk level manajer dan staf. 3) Menyusun program kerja bagian SDM. 4) Melakukan survey untuk mengetahui harapan dan keinginan SDM baik yang berhubungan dengan motivasi, kompensasi dan pengembangan karir mereka. 5) Meningkatkan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan melalui lembaga pendidikan formal atau informal.

Dengan menjalankan strategi product development pada RS "X" diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dengan harga atau biaya yang lebih bersaing khususnya

untuk unit rawat inap RS "X" dengan terus melakukan pembenahan terhadap internal organisasi. Selanjutnya disarankan untuk dilakukan evaluasi terhadap implementasi strategi pengembangan terhadap unit rawat inap ini, dengan jalan melakukan survey terhadap para staf dan karyawan RS "X" terutama yang pekerjaannya berhubungan langsung dengan unit rawat inap. Sementara itu untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu dilakukan survey dan analisa kepuasan pelanggan khususnya terhadap unit rawat inap RS "X". Dengan demikian, maka manajemen RS "X" akan mengetahui bentuk pelayanan yang diinginkan oleh pelanggan, sehingga hal tersebut akan menjadi catatan dan koreksi bagi manajemen untuk melakukan penataan terhadap kualitas pelayanan khususnya untuk unit rawat inap.

Penelitian ini berkontribusi dalam pengembangan studi bidang manajemen strategik pada institusi rumah sakit, namun masih memiliki 3 (tiga) keterbatasan. Pertama, penelitian ini bersifat penelitian studi kasus pada satu rumah sakit. Sehingga hasil penelitian ini tidak bisa digeneralisir seluruhnya untuk institusi rumah sakit lainnya. Kedua, analisis pada penelitian ini menggunakan matriks IFE, EFE dan TOWS yang dominan menggunakan perspektif para pengambil keputusan strategis, sehingga unsur subjektivitas cukup dominan. Hal ini merupakan salah satu keterbatasan dalam menggunakan matriks tersebut dalam melakukan analisis strategi. Ketiga, implikasi praktikal penelitian ini baru berada pada tatanan formulasi strategi dan belum mendetailkan dalam bentuk program kegiatan. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan mampu memberikan implikasi praktikal yang lebih detail sampai dengan tatanan program kegiatan.

Menurut Wells dan Prensky (1996), disiplin perilaku konsumen adalah studi tentang konsumen ketika mereka melakukan pertukaran sesuatu yang berharga untuk sebuah produk atau jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Perilaku konsumen dapat dipandang sebagai sebuah proses yang melibatkan pemilihan, pembelian, penggunaan, evaluasi, dan menghabiskan barang dan jasa yang akan memenuhi kebutuhan seseorang. Studi perilaku konsumen juga melibatkan bagaimana konsumen memutuskan dan menghabiskan waktu dan uang mereka untuk membeli dan mengonsumsi produk dan jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana para pemasar berusaha menawarkan produk dan jasa yang memenuhi kebutuhan konsumen sehingga konsumen mau membeli barang dari pemasar. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana pengambil keputusan berusaha mempengaruhi konsumen, pemasar, dan peraturan perundang-undangan.

Definisi lain dari perilaku konsumen menurut Blythe (2008) adalah interaksi yang dinamis antara afeksi, kognisi, perilaku, dan lingkungan dimana manusia melakukan pertukaran berbagai aspek dalam kehidupannya. Menurut Danek (1989), definisi tersebut menggambarkan bahwa perilaku konsumen adalah dinamis. Definisi tersebut menekankan hubungan berbagai unsur berbeda dalam menentukan perilaku konsumen. Perspektif ini menjadi alasan mengapa sebuah strategi perlu dievaluasi terus menerus karena sebuah strategi mungkin berlaku pada masa lalu, namun mungkin tidak akan berlaku pada masa depan, dikarenakan pengaruh yang membentuk perilaku itu berubah sepanjang waktu. Definisi yang telah dikemukakan di atas juga meliputi konsep pemasaran sebagai sebuah manajemen pertukaran yang diterima oleh semua pemasar. Seorang ayah yang menjanjikan seorang anaknya sebuah makanan sebagai hadiah untuk perilakunya yang baik diartikan sebagai proses pemasaran. Blythe (2008) menggambarkan bahwa ada interaksi

antara emosi konasi atau kecenderungan perilaku dan kognisi atau proses berfikir serta faktor lingkungan dan personal yang akan menghantarkan perilaku konsumen. Gambar ini menunjukkan bahwa sikap dasar yang terbentuk dari pikiran, emosi dan kecenderungan perilaku dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan personal yang akan menghasilkan perilaku.

Pemasar dapat memengaruhi proses tersebut. Pada beberapa titik, pemasar dapat mempengaruhi jalan pikiran konsumen dengan memberikan informasi yang tepat pada waktu yang tepat. Pemasar dapat mempengaruhi emosi dengan menyediakan komunikasi yang baik. Pemasar dapat mempengaruhi lingkungan stimulus yang tepat misalnya toko yang menyediakan jaringan yang mudah untuk menstimulasi pembelian. Pemasar dapat mendorong konsumsi lebih banyak karena pemasaran yang baik tidak berhenti pada satu titik penjualan, pemasar akan mencar tempat-tempat lain untuk memasarkan atau menjual produknya.

Dalam SWOT Matrix Analisa Konsumen juga menjadi daya tarik bagi para peneliti. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Pada masa lalu, perilaku konsumen hanya berfokus kepada mengapa konsumen belanja. Saat ini, fokus perhatian studi konsumen lebih luas, yang meliputi perilaku konsumsi termasuk didalamnya mengapa dan bagaimana konsumen mengkonsumsi studi konsumen bukan saja menarik perhatian para pemasar. Studi perilaku konsumen bahkan menarik perhatian bukan pemasar, karena apa? Karena kita semua adalah konsumen. Definisi lain dari perilaku konsumen adalah semua kegiatan, tindakan, serta proses psikologis yang mendorong tindakan pembelian, baik pada saat sebelum melakukan pembelian, ketika melakukan pembelian, saat menggunakan, menghabiskan produk dan jasa, serta hal-hal lainnya terkait pembelian atau kegiatan mengevaluasi pembelian. Dari hal tersebut beberapa bagian penting dari perilaku konsumen adalah proses setelah konsumsi dan evaluasi. Selain itu, perlu diperhatikan bagaimana konsumen memperlakukan kemasan setelah ia mengonsumsi isinya. Kemasan akan berpengaruh negatif terhadap lingkungan jika kemasan tidak dibuang dengan cara yang benar.

Konsumen harus dididik bagaimana cara membuang kemasan dengan benar. Peter dan Olson (1999) mengemukakan bahwa "*Perilaku konsumen merupakan hal yang dinamis karena berpikir, merasakan, dan tindakan individu konsumen, menargetkan grup konsumen, dan masyarakat luas yang terus menerus berubah*" (dikutip sesuai aslinya dari hal 6). Konsumen dibagi dua, yakni konsumen individu atau konsumen rumah tangga, dan konsumen organisasi. Konsumen individu umumnya melakukan pembelian produk dengan tujuan konsumsi pribadi atau untuk diberikan ke orang lain. Jenis konsumen kedua disebut dengan konsumen organisasi. Konsumen organisasi umumnya membeli produk, baik peralatan atau jasa untuk tujuan organisasi. Sebagai contoh, IPB dapat disebut dengan konsumen, di mana IPB melakukan pembelian peralatan, bahan untuk kegiatan proses belajar mengajar, membangun gedung, membeli fasilitas gedung atau kantor, membeli AC atau kipas angin dan pembelian barang lainnya. Contoh lain dari konsumen organisasi adalah pemerintah dan perusahaan. Perusahaan atau produsen adalah konsumen organisasi atau konsumen bisnis yang membeli barang dan jasa untuk proses produksi yang akan menghasilkan barang dan jasa lainnya. Pada mata kuliah ini, yang akan menjadi fokus kita adalah konsumen individu.

Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari

konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen. Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijalkannya. Aplikasi perilaku konsumen dalam SWOT Matrix berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis. Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi konsumen yang memiliki karakter tersebut. Konsumen diharapkan dapat mengambil keputusan dengan tepat.

Selain itu, memahami perilaku konsumen juga penting untuk konsumen sendiri, agar konsumen dapat menjadi konsumen yang bijak, konsumen yang cerdas, dan konsumen yang dapat melindungi dirinya sendiri. Hal tersebut dikarenakan orang yang bisa memahami perilaku konsumen dapat terjerumus untuk menipu atau mengelabui konsumen. Sebagai contoh, kasus perusahaan membawa kabur uang muka pembangunan rumah. Kasus tersebut umumnya terjadi berulang dari tahun ke tahun dan di beberapa tempat yang berbeda. Hal tersebut terjadi karena perusahaan memahami benar perilaku orang, khususnya kelemahan konsumen, dengan emosi konsumen sehingga dari kelemahan tersebut perusahaan atau penipu memanfaatkannya. Oleh karena itu, dengan memahami perilaku konsumen ini sebaiknya kita bisa melindungi diri kita sendiri. Jadi, dengan memahami perilaku konsumen orang dapat menjadi lebih baik karena dapat melindungi konsumen sehingga konsumen dapat lebih berhati-hati dalam melakukan keputusan pembelian. Saat ini banyak terjadi kasus penculikan atau sejenisnya yang menimpa beberapa orang, terutama wanita melalui internet. Wanita tersebut dikelabui dengan ajakan menikah namun setelah ditelusuri ternyata laki-laki tersebut adalah penipu. Wanita tersebut diminta mentransfer uang. Penipuan tersebut dapat terjadi karena pelaku penipuan mengerti cara mengetahui wanita yang sedang galau untuk selanjutnya didekati. Para ahli telah lama tertarik mempelajari dan memahami perilaku konsumen dengan SWOT dan TOWS Matrix. Bukan saja para ahli akademisi yang tertarik dengan mempelajari konsumen, para produsen maupun pemasar juga sangat tertarik mempelajari perilaku konsumen. Analisa konsumen dapat dipelajari di dalam berbagai perspektif. Perspektif pertama adalah dari sisi ekonomi, yaitu mempelajari permintaan dan penawaran, perspektif kedua dari sosiologi, yaitu mempelajari perilaku sebuah kelompok, perspektif ketiga yaitu psikologi yaitu mempelajari proses berpikir manusia, perspektif yang keempat yaitu antropologi, yaitu studi menjelaskan tentang apa yang membuat kita menjadi manusia.

Studi perilaku konsumen pada hakikatnya adalah melihat konsumen dari berbagai disiplin, pemasar juga akan memahami konsumen di dalam berbagai perspektif tersebut. Para ahli telah mendefinisikan perilaku konsumen. Pendekatan pertama di kemukakan oleh Engel Blackwell, Miniard (1995) yang mengemukakan bahwa perilaku konsumen adalah kegiatan yang dilakukan ketika orang atau seseorang mendapatkan, mengkonsumsi dan menghabiskan barang dan jasa. Definisi tersebut akan

menimbulkan berbagai pertanyaan memiliki banyak arti. Memperoleh barang dapat meliputi berbagai kegiatan seperti membeli, mencari informasi tentang barang dan jasa dan juga mengevaluasi alternatif. Memperoleh barang juga memiliki arti tidak menggambarkan pembelian yang sesungguhnya. Memperoleh barang juga dapat menggambarkan apakah seorang konsumen membayar produk tersebut dengan tunai, dengan kartu kredit atau dengan kredit lainnya. Memperoleh barang dapat berarti juga apakah konsumen mendapatkan barang tersebut untuk dirinya atau untuk hadiah. Konsumsi memiliki arti bagaimana konsumen menggunakan produk yang mereka beli. Konsumsi memiliki arti dimana produk itu dikonsumsi, kapan, pada situasi apa produk digunakan atau dikonsumsi dan bagaimana produk itu digunakan atau dikonsumsi.

Setelah konsumsi adalah kegiatan disposal atau pembuangan produk, ketika produk atau barang sudah rusak atau tidak diperlukan lagi maka mereka akan membuang barang tersebut, pembuangan dapat meliputi juga penempatan kemasan di tempat sampah. Kemasan tersebut mungkin dapat didaur ulang atau dibakar atau masuk ketempat pembuangan sampah. Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa sebagian besar barang yang kita beli dikemas dan kemasan yang dibuang oleh sebagian besar konsumen ini menimbulkan masalah lingkungan. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk memahami bagaimana kemasan ini dibuang karena akan membawa implikasi penting bagi lingkungan. Studi perilaku konsumen memiliki dua konsep utama yaitu konsumen dan pertukaran. Konsumen merupakan fokus perhatian dalam studi perilaku konsumen. Studi perilaku konsumen mempengaruhi bagaimana konsumen melakukan proses keputusan. Studi perilaku konsumen dilakukan dari berbagai perspektif meliputi psikologi, ekonomi, sosiologi dan antropologi. Pertukaran adalah konsep penting kedua dari perilaku konsumen. Konsumen akan melakukan proses pertukaran dari sesuatu yang mereka miliki yang akan dipertukarkan oleh barang dan jasa yang dapat memenuhi kebutuhan produk yang memenuhi kebutuhan konsumen. Konsumen melakukan kegiatan belanja. Kegiatan belanja pada hakekatnya adalah kegiatan pertukaran yang dilakukan oleh konsumen. Pertukaran tersebut dapat melibatkan uang sebagai media yang banyak digunakan untuk melakukan pertukaran namun demikian konsumen juga dapat mempertukarkan waktunya untuk barang dan jasa ketika dia harus bekerja untuk memperoleh pendapatan.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., "*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, "*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*", diakses dari search in www.yahoo.com.
- "*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*", diakses dari www.aplcare.com.
- "*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*", diakses dari www.bkkbn.go.id.
- "*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*", diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., "*Public-Private Partnership for Public Health*", artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.

- Siagian, Albiner, “Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “Public Private Services Team Up”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Thomas, A., dan Valerie Curtis, “Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, “Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, “Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Ui



MODUL 11
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK 353)

Universitas
Esa Unggul

SESI 11
COMPETITIVENESS FINDING

DISUSUN OLEH

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi *Competitiveness Finding* dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur *Competitiveness Finding* di Provider Pelayanan Kesehatan di era digital dan pandemi
3. Memahami manfaat *Competitiveness Finding* di Pelayanan Kesehatan PPK

B. Uraian dan Contoh

C. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- b. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- c. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

D. Topik Perkuliahan : Competitiveness Finding di PPK

Uraian:

Daya Saing di Provider Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan.¹ Sistem Kesehatan Nasional adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam suatu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar 1945. Menurut World Health Organization (WHO), sistem kesehatan mempunyai empat fungsi pokok yaitu: stewardship regulator yaitu memberikan arahan leadership untuk promosi dan mengembangkan strategi visi, melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan, pembiayaan kesehatan dimana jumlah dana yang dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, creating and sustaining resources yang berarti membangun kapasitas baik fisik dan non fisik

penyelenggaraan dan pemanfaatan penelitian kesehatan, delivering service yang berarti meningkatkan pemerataan dan status kesehatan individu dan masyarakat serta pengembangan program dan kebijakan kesehatan dari empat fungsi sistem kesehatan tersebut mempunyai tiga tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang ditunjukkan oleh parameter umur harapan hidup berkualitas, keadilan kontribusi pembiayaan kesehatan, dan tingkat ketanggapan (responsiveness). 2. Responsiveness merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena sangat berhubungan dengan derajat kesejahteraan pasien dan untuk mengevaluasi sistem pelayanan kesehatan dengan memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat. Responsiveness merupakan satu Berdasarkan literatur yang sudah ada mengenai kepuasan pasien dan kualitas pelayanan, menjadi pedoman WHO mengidentifikasi delapan aspek mengenai responsiveness. Aspek tersebut yaitu keramahan petugas, kerahasiaan pasien, keterlibatan pasien, waktu tunggu, mudah dikunjungi, kenyamanan, pilihan terhadap pemberi pelayanan, kejelasan informasi. Jadi responsiveness suatu sistem kesehatan akan lebih mengakui harapan penduduk mengenai bagaimana mereka diperlakukan, menjadi bagian yang penting dari pelaksanaan sistem kesehatan itu sendiri. 4 Rumah Sakit Nasional seperti contoh : RS Diponegoro merupakan salah satu rumah sakit pendidikan milik Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi (Kemenristekdikti) dibawah naungan Universitas Diponegoro. Rumah Sakit Nasional ini resmi berdiri pada tahun 2014 berdasarkan SK Rektor Universitas Diponegoro No 2303/SK/UN7/KP/2014 Rumah Sakit Nasional Diponegoro memiliki empat pelayanan yaitu pelayanan rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi penunjang medis, instalasi gawat darurat. 6 Berdasarkan tabel BOR, LOS, TOI, dan BTO rawat inap RSND bulan Januari-April 2019 didapati bahwa pemanfaatan pelayanan rawat inap di RSND belum dapat dikatakan efektif, karena belum memenuhi standar yang ditetapkan oleh Depkes (2005). Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fathiah Azzahra tahun 2015 mengenai Faktor-Faktor yang mempengaruhi minat masyarakat dalam penggunaan layanan Kesehatan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro menyebutkan bahwa 55% dari jumlah sample penelitian mengaku tidak tertarik dalam menggunakan pelayanan kesehatan di Rumah sakit Diponegoro dan hal ini dipengaruhi oleh persepsi masyarakat mengenai akses ke RSND, persepsi masyarakat mengenai pemasaran RSND, dan persepsi masyarakat mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan oleh provider di RSND. 7 Selain itu, penerapan responsiveness pelayanan kesehatan yang masih kurang yang diberikan penyedia pelayanan (provider), masih merupakan masalah yang dijumpai oleh para pengguna pelayanan kesehatan terutama di Rumah Sakit Nasional Diponegoro. Berdasarkan angket yang disebar oleh rumah sakit kepada pasien rawat inap pada saat dilakukan studi pendahuluan yaitu pada bulan Januari-Mei, masih dijumpai permasalahan ketidakpuasan pasien yakni pada waktu tunggu pasien lama saat proses administrasi berlangsung, petugas administrasi dan security yang belum ramah dalam melayani, perawat masih belum ramah dalam merawat pasien, masih ada dokter yang tidak ramah dalam menangani pasien dan masih ada dokter yang jarang melakukan visite kepada pasien atau kedisiplinan petugas pelayanan, fasilitas seperti toilet masih kotor, lahan parkir yang masih belum efektif, dan lain-lain. 8 Dari data diatas dapat diketahui bahwa beberapa unsur dari responsiveness pelayanan belum dapat dipenuhi status Rumah Sakit ini sebagai rumah sakit pendidikan tipe C yang baru saja berdiri,

rumah sakit ini juga harus mampu meningkatkan mutu pelayanannya baik secara medis dan non-medis, sehingga RSND mampu bersaing dengan rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit swasta ataupun klinik swasta dan Rumah Sakit Nasional Diponegoro mampu meningkatkan jumlah kunjungan pasien dan menjadi unit pelayanan kesehatan yang efektif, yang berorientasi kepada kebutuhan setiap pelanggannya dan lebih responsif. Selama ini belum ada penelitian yang menunjukkan apakah Rumah Sakit Nasional Diponegoro telah memberikan pelayanan Kesehatan yang responsif sebagai salah satu Layanan Publik dan sebagai salah satu bagian dari Sistem Kesehatan, yang diantaranya terdapat aspek responsiveness. Sehingga perlu dilakukan penelitian akan hal ini agar rumah sakit dapat mengetahui bagaimana perkembangan pelayanan kesehatan yang selama ini diterapkan. Sehingga petugas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat mengetahui perkembangan pelayanan mereka, mengevaluasi, serta memperbaiki kinerja pelayanan mereka, dan pasien sebagai konsumen mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih responsif dari rumah sakit provider. Dan pada akhirnya Rumah Sakit Nasional Diponegoro bisa ikut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, memberikan pelayanan yang responsif dan berdaya saing serta menjadi pelayanan kesehatan yang lebih efektif. Pelayanan kesehatan adalah salah satu kebutuhan utama manusia. Pemberian pelayanan kesehatan selalu berhubungan erat dengan fasilitas kesehatan, dimana pelayanan kesehatan yang lengkap tentunya membutuhkan fasilitas yang lengkap. Hal ini tentunya membutuhkan biaya mahal yang harus ditanggung pasien untuk menggunakan fasilitas tersebut. Sehingga tidak semua lapisan masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan.

Untuk menjamin masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan negara membuat sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional bekerja untuk memastikan segala lapisan masyarakat bisa menjangkau pelayanan kesehatan masyarakat. Umumnya Sistem kesehatan nasional bekerja lazimnya asuransi yaitu dengan menyediakan kumpulan dana yang diberikan oleh semua masyarakat ditambah dengan dana dari pemerintah yang kemudian dikembalikan kepada masyarakat yang sakit dalam bentuk layanan kesehatan yang tidak berbaya (Rodwin, 2013).

Di Indonesia sistem kesehatan nasional dinamakan dengan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Sejauh ini JKN telah diikuti oleh sejumlah 150 juta peserta yang menjadikan JKN sebagai sistem kesehatan nasional dengan jumlah peserta terbanyak di dunia (Kompas, 15 Agustus 2015) . BPJS sebagai sistem kesehatan nasional memiliki dampak terhadap industri kesehatan dan turunannya dimana ditunjukkan dengan tumbuh pesatnya industri farmasi (Tribunnews, 08 Januari 2016). Himmelstein dan Woolhandler (1989) juga menggambarkan hal serupa bahwa adanya sistem kesehatan nasional akan berdampak positif terhadap pendapatan dari industri rumah sakit yaitu pendapatan rumah sakit .

Pelaksanaan JKN di Indonesia dilakukan dengan basis INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups). INA-CBG's memberikan penggantian kepada rumah sakit sesuai dengan clinical pathway dari suatu penyakit. INA-CBG's ditentukan berdasar rata-rata pembiayaan pengobatan penyakit. Pembiayaan ini diberikan tanpa peduli berapa lama pasien dirawat. Hal ini berbeda dengan fee for service yang

mengeluarkan biaya berdasarkan jumlah pelayanan, yang artinya semakin lama pasien dirawat maka pemasukan rumah sakit makin besar.

Beberapa rumah sakit menganggap bahwa sistem ini menimbulkan defisit dalam pembiayaan bagi rumah sakit (Kompas, 30 Maret 2014). Sehingga diperlukan adanya penelitian yang melakukan konfirmasi atas hasil dari penerapan JKN bagi suatu rumah sakit. Salah satu pendekatan yang bisa dilakukan untuk melihat kontribusi dari suatu sistem pendapatan dan biaya adalah dengan menggunakan *Customer Profitability Analysis*. Analisis profitabilitas pelanggan dapat membantu para manajer untuk mengidentifikasi pelanggan yang paling menguntungkan Blocher, *et al* (2010). Hal ini bisa digunakan untuk membandingkan profitabilitas antara pasien yang dirawat dengan menggunakan skema BPJS dibandingkan dengan pasien yang dirawat menggunakan skema lain.

Analisa Profitabilitas Pelanggan

Menurut Blocher, *et al* (2011) Analisis profitabilitas pelanggan dilakukan dengan mengidentifikasi kegiatan layanan pelanggan dan biaya *driver* dan menentukan profitabilitas setiap pelanggan atau kelompok pelanggan. Layanan pelanggan yang dimaksud adalah mencakup semua kegiatan untuk menyelesaikan penjualan dan memuaskan pelanggan, termasuk iklan, *sales calls*, pengiriman, penagihan, pengumpulan, *service calls*, permintaan, dan bentuk-bentuk layanan pelanggan. Analisis profitabilitas pelanggan memberikan data bagi pengambil keputusan untuk :

- Mengidentifikasi kelompok pelanggan yang paling memberikan keuntungan .
- Mengatur biaya dalam melayani pelanggan.
- Melakukan analisa terhadap bauran produk
- Mengatur bauran pembelian pelanggan untuk memberikan profit yang lebih tinggi.
- Pengaturan potongan harga untuk mendapatkan lebih banyak jumlah dengan biaya yang rendah untuk melayani pelanggan.
- Memilih jenis layanan *after-sale* yang diberikan

Analisis profitabilitas pelanggan dilakukan dengan menggabungkan pendapatan pelanggan dan biaya pelanggan analisis untuk menilai profitabilitas pelanggan dan membantu mengidentifikasi tindakan untuk meningkatkan profitabilitas pelanggan. Analisis profitabilitas pelanggan menyediakan informasi berharga untuk penilaian nilai pelanggan (Blocher, *et al* , 2011). Penggunaan analisis profitabilitas pelanggan secara efektif memungkinkan perusahaan layanan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan dan meningkatkan profitabilitas (Cotton 2003). Hal awal yang perlu dilakukan dalam menyusun analisa profitabilitas pelanggan ialah dengan melakukan analisis *activity based costing*. Menurut Cooper (1988) penggunaan metode *Activity Based Costing* (ABC) dapat meningkatkan pendekatan margin kontribusi tradisional dan kualitas pada analisis profitabilitas pelanggan

Metode

Adapun data yang perlu untuk diperoleh dalam melakukan analisa profitabilitas dari pasien diantaranya ialah : data mengenai pendapatan yang diterima oleh rumah sakit baik untuk pasien BPJS dan pasien umum serta data mengenai biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dalam melakukan perawatan bagi pasien. Pendekatan biaya yang dipakai ialah dengan menggunakan data activity based costing yang telah tersedia dalam penelitian yang dilakukan sebelumnya (Nuswandari. A, I., Hakim. M, S., Negoro. N, P,2015). Dalam memetakan biaya dilakukan berdasarkan clinical pathway (*diagram alur perawatan*) bagi pasien dengan penyakit tifus.

Beragamnya jenis penyakit menimbulkan kesulitan dalam melakukan perbandingan antara pasien. Untuk mengantisipasi hal tersebut penelitian ini hanya berfokus pada penyakit tifus. Hal ini dikarenakan untuk penyakit tifus merupakan salah satu dari 10 penyakit yang paling banyak ditangani oleh contoh rumah sakit bhayangkara surabaya. Serta penyakit tifus memiliki variasi yang relatif minim dari sisi perawatan yang diberikan oleh rumah sakit. Adapun asumsi lain yang dipakai dalam penelitian ini ialah bahwa perhitungan profitabilitas pelanggan ialah bahwa perawatan dilakukan dalam 5 hari. asumsi ini didapatkan dari hasil pemetaan pasien yang sakit tifus ditemukan bahwa rata-rata pada lima hari sudah keluar dari rumah sakit. Penelitian didalam jasa rumah sakit haruslah mengikuti peraturan yang berlaku mengenai kerahasiaan data pasien. Sehingga dalam penelitian ini data kesehatan yang diperoleh ialah data yang bersifat anonim atau tanpa adanya identitas pemiliki data.

Provider Layanan Kesehatan, Klinik maupun Rumah sakit adalah suatu organisasi yang unik dan kompleks karena merupakan institusi yang padat karya, mempunyai sifat dan ciri serta fungsi khusus dalam pelayanan penderita. Andaleeb (1998) berpendapat bahwa salah satu industri sektor publik yang tumbuh dengan cepat adalah industri perawatan kesehatan atau rumah sakit. Disamping melaksanakan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat, rumah sakit juga mempunyai fungsi pendidikan dan penelitian (Boekitwetan, 1997).

Peran institusi pelayanan kesehatan seperti klinik dan rumah sakit dewasa ini semakin dituntut untuk memberikan pelayanan yang lebih bermutu dan sanggup memenuhi berbagai kebutuhan yang diakibatkan oleh berbagai perubahan epidemiologi penyakit, struktur sosial dan ekonomi, perkembangan ilmu dan teknologi dan struktur demografis. Dengan alasan demikian maka rumah sakit tidak dapat dikelola dengan manajemen yang sederhana, tetapi harus dikelola secara profesional sehingga mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan tersebut. Untuk menjawab tantangan persaingan rumah sakit dimasa yang akan datang, disamping organisasi harus menciptakan jasa dan produk baru dengan menggunakan teknologi terkini, inovatif dan kreatif, organisasi yang fleksibel dan mudah beradaptasi (Ayuningtyas et al., 2005).

Kotler (2000) berpendapat bahwa faktor penentu keberhasilan didalam menjalankan usaha adalah produk/pelayanan, harga, promosi dan tempat. Adapun produk yang diberikan kepada klien oleh rumah sakit adalah berupa produk jasa (Lestari, 2004). Sementara itu harga menjadi

pertimbangan orang untuk memilih rumah sakit, karena harga merupakan jumlah uang yang dibutuhkan untuk mendapatkan sejumlah kombinasi dari produk pelayanan (Kotler, 2000). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa antara harga dan pelayanan memiliki hubungan yang kuat. Berdasarkan hal tersebut para pelaku pelayanan dengan produk jasa dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanannya secara prima, jika ingin mendapatkan tempat dalam pasar yang makin dewasa.

Definisi Strategi

Strategi berasal dari bahasa Yunani kuno yang berarti “seni berperang”. Secara umum strategi dapat diartikan sebagai rencana yang berskala besar dan berorientasi dengan lingkungan persaingan dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara itu Rangkuti (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental (senantiasa meningkat) dan terus menerus serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh para pelanggan dimasa depan. Manajemen strategi didefinisikan sebagai suatu seni dan ilmu untuk memformulasi, implementasi dan evaluasi keputusan-keputusan fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Definisi dari manajemen strategis bermakna sebagai suatu usaha memfokuskan manajemen untuk saling terintegrasi antara unit yang terlibat dalam organisasi, seperti pemasaran, keuangan/akuntansi, produk/operasi, penelitian pengembangan, serta sistem informasi untuk mencapai kesuksesan dan tujuan organisasi. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Pearce and Robinson (2007) bahwa manajemen strategi adalah sekumpulan keputusan dan tindakan yang dapat menghasilkan suatu perumusan dan pelaksanaan rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran organisasi. Dengan demikian maka manajemen strategi sangat menentukan keberhasilan suatu bisnis atau organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Berkaitan dengan hal tersebut Soejitno (2000) berpendapat bahwa pengembangan rumah sakit, perlu mengacu kepada: 1) Filosofi rumah sakit mengacu pada adagium lama bahwa pasien dan keluarganya adalah pelanggan yang wajib dipuaskan. 2) Dalam menggali dana kemanusiaan, rumah sakit perlu untuk merencanakan suatu program public relation dan pemasaran sosial yang sistematis. 3) Budaya atau citra rumah sakit perlu dijaga agar menjadi suatu institusi yang sosial dan masih harus dibantu. 4) Pelatihan staf harus dilakukan secara sistematis dalam mengantisipasi terhadap berbagai kemungkinan adanya perubahan. 5) Apabila diversifikasi mampu dilakukan rumah sakit diluar bisnisnya intinya. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa institusi rumah sakit tidak bisa terlepas sebagai institusi yang bersifat sosial yang membutuhkan peningkatan kompetensi karyawan, kegiatan pemasaran dan diversifikasi bisnis harus dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Lingkungan Industri

Lingkungan yang mempengaruhi proses bisnis rumah sakit seperti yang dinyatakan Soejitno (2000) dapat diilustrasikan melalui gambar 2. Berdasarkan ilustrasi tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan organisasi rumah sakit dipengaruhi oleh lingkungan langsung dan lingkungan tak langsung. Lingkungan langsung terdiri dari mitra dalam dan mitra luar, mitra dalam merupakan lingkungan internal organisasi sendiri yang terlibat langsung dalam kegiatan operasional rumah sakit. Sedangkan mitra luar terdiri dari kelompok masyarakat maupun lembaga-lembaga yang mendukung kegiatan operasional organisasi rumah sakit, tetapi mereka berada diluar lingkungan organisasi rumah sakit. Sementara yang dimaksudkan dengan lingkungan tidak langsung adalah lingkungan sosial, teknologi, ekonomi dan politik (Pearce and Robinson, 1997). Semua variabel tersebut tidak dapat dikontrol perubahannya oleh organisasi rumah sakit. Dalam kaitannya dengan penyusunan strategi, organisasi hanya bisa memprediksi atau meramalkan kondisi semua variabel tersebut dimasa yang akan datang.

Keunggulan Kompetitif

Keunggulan bersaing merupakan suatu kondisi yang menggambarkan kinerja sebuah perusahaan relatif terhadap pesaing dalam hal product marketing (Peteraf and Bearney, 2003). Penelitian tentang keunggulan kompetitif merupakan salah satu penelitian inti dalam manajemen strategik. Dalam beberapa dekade, berbagai penelitian dengan perspektif teori yang berbeda terus dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana sebuah perusahaan mampu mengembangkan strategi bersaing dibandingkan pesaingnya. Cara pandang tersebut antara lain; pencapaian posisi keunggulan bersaing superior (Bain, 1956, 1959; Porter, 1980; 1985; 1998), membangun dan mencapai sumber daya strategik superior (Amit and Schoemaker, 1993; Barney, 1986, 1991; Peteraf, 1993; Wernerfelt, 1984), serta kemampuan dalam mengatur kembali sumber daya organisasi menjadi sumber daya yang strategis dan bernilai (Eisenhardt and Martin, 2000; Teece, Pisano and Shuen, 1997). Sementara pandangan baru tentang konsep keunggulan bersaing seperti yang diungkapkan oleh Bettis and Hitt (1995) menunjukkan bahwa bentuk kompetisi yang terjadi pada berbagai macam industri saat ini menekankan kepada fleksibilitas, kecepatan dan inovasi dalam merespon perubahan lingkungan yang cukup dinamis. Namun demikian, yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa dalam upaya membangun keunggulan kompetitif, sebuah organisasi tidak terlepas dari kekuatan kunci lingkungan eksternal dan internal.

Kekuatan kunci eksternal dapat dibagi menjadi lima kategori (David, 1997) yaitu kekuatan ekonomi; kekuatan sosial, budaya, demografi; kekuatan politik, peraturan pemerintah dan hukum; teknologi, serta kekuatan pesaing. Sementara kekuatan kunci internal dapat dibagi menjadi enam kategori yaitu manajemen, pemasaran, produksi dan operasi, penelitian dan pengembangan, keuangan/akunting, serta sistem informasi. Dalam perspektif yang sama, Duncan (1995) menambahkan faktor budaya dan citra organisasi sebagai faktor kunci internal sebuah organisasi.

Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui dalam menentukan alternatif strategi pilihan tersebut. Adapun tahapan tersebut adalah tahap diagnosis/input stage, tahap penggabungan/matching stage dan

tahap penerapan strategi/decision stage. Lebih lanjut, Duncan (1995) memberikan penekanan perlunya analisis terhadap visi dan misi organisasi dalam rencana pengembangan sebuah organisasi. Tulisan ini

dilakukan berdasarkan penelitian yang bersifat penelitian eksploratif (exploratory research), meliputi penelitian deskriptif (descriptive research) namun ditambahkan dengan memberikan rekomendasi (Sekaran, 2000). Dalam penelitian ini digunakan dua jenis data yaitu data sekunder dan data primer. Data Sekunder diperoleh dari Bagian Rekam Medik dan Bagian Keuangan RS X dan Badan Pusat Statistik, dan Dinas Kesehatan Tingkat I Sumatera Barat, Tingkat II Kota Padang. Sedangkan Data Primer diperoleh melalui hasil wawancara mendalam (indepth interview) dengan Direktur Utama RS X dan hasil wawancara dengan Direktur SDM, Kepala Rumah Sakit, manajer keuangan dan materi RS "X" yang selanjutnya disebut Concensus Decision Making (CDM).

Implikasi Praktikal

Pemilihan strategi pengembangan produk sangat sesuai dengan kondisi organisasi saat ini dengan beberapa alasan berikut: Pertama, Organisasi mempunyai produk yang menjadi unggulan dan dalam tahap pematangan dalam menarik pelanggan seperti tergambar dari tujuan khusus RS "X" yaitu; menjadikan RS "X" sebagai Rumah Sakit Swasta rujukan, khususnya bidang kebidanan dan penyakit kandungan di Sumatera Tengah. Dari tujuan khusus tersebut dapat disimpulkan bahwa RSU "X" fokus dengan produk unggulannya dalam bidang kebidanan dan penyakit kandungan.

Kedua, Organisasi bersaing dalam industri dengan pertumbuhan yang tinggi. Berdasarkan analisa lingkungan eksternal yang dilakukan maka ancaman dari organisasi adalah semakin tumbuhnya bisnis sejenis di Kota Padang khususnya dan didukung oleh kebijaksanaan pemerintah yang memberikan kemudahan prosedur pendirian Rumah Sakit dan klinik dalam rangka menuju "Indonesia Sehat".

Ketiga, pesaing utama menawarkan produk dengan harga yang bersaing. Berdasarkan strategic mapping tergambar bahwa pesaing terdekat RS "X" yaitu RS "SLG" memiliki penawaran harga yang lebih kompetitif dengan tingkat pelayanan yang sedikit lebih rendah dibandingkan dengan RS "X". Oleh sebab itu RS "X" harus melakukan strategi pengembangan produk untuk memenuhi keinginan pelanggan saat ini agar dapat mengantisipasi pesaing terdekatnya tersebut. Hal ini juga sesuai dengan tujuan khusus dari organisasi yaitu meningkatkan mutu pelayanan RS "X" dengan berorientasi kepada keinginan dan kepuasan pelanggan. Sementara itu faktor yang kurang mendukung strategi ini adalah kondisi internal organisasi, karena berdasarkan analisa lingkungan internal yang dilakukan terdapat indikasi bahwa organisasi lemah dalam riset dan pengembangan. Hal ini dapat disebabkan karena faktor Sumber Daya Manusia yang kurang mendukung, sedangkan tujuan khusus keempat RS "X" adalah meningkatkan mutu dan kinerja SDM di lingkungan RS "X". Berdasarkan dua kondisi tersebut terdapat kontradiksi antara rencana strategi yang dijalankan perusahaan saat ini dengan rencana strategi bisnis yang direkomendasikan.

Hasil memperlihatkan bahwa organisasi berada pada strategi WO atau internal fix-it quadrant yaitu strategi yang meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada. Berdasarkan hasil tersebut maka strategi terpilih product development pada RS "X" dapat dilakukan melalui

strategi WO hasil dari TOWS matriks yaitu; (a)memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan, dan (b)melakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dan ketiga, meningkatkan kompetensi SDM. Untuk memberdayakan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan dapat ditindaklanjuti dengan dengan cara: 1) memasukkan divisi atau bagian penelitian dan pengembangan pada struktur organisasi. 2) menyusun program dan melakukan rekrutmen pelaksana divisi atau bagian penelitian dan pengembangan serta melibatkan seluruh unsur dari tiap bagian dalam kelompok kerja penelitian dan pengembangan. 3) melakukan penelitian dan pengembangan dengan memanfaatkan data internal dan eksternal dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada pelanggan serta melibatkan seluruh sumber daya yang ada. 4) menindaklanjuti setiap hasil penelitian yang dilakukan apabila hasil tersebut bermanfaat terhadap kemajuan perusahaan. 5) membina kerjasama dengan pihak universitas dalam bidang penelitian dan pengembangan tersebut.

Selanjutnya perlu dilakukan analisa keuangan dan biaya terhadap unit rawat inap dapat dilakukan dengan cara: 1) menghitung dan menetapkan biaya jasa pelayanan yang ada saat ini atau akan ditawarkan serta menyesuaikan biaya tersebut dengan kemampuan pelanggan untuk membayar. 2) melakukan penelitian dan perencanaan anggaran keuangan secara tepat. 3) menggalang komitmen dan supervisi terhadap pelaksanaan rencana anggaran. 4)meningkatkan kemampuan dan keterampilan pelaksana manajemen keuangan. Sementara itu dalam hal meningkatkan kompetensi SDM dapat ditindaklanjuti dengan cara: 1) Menyempurnakan struktur organisasi sehingga semua komponen organisasi dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. 2) Menganalisa dan menyempurnakan job description terutama untuk level manajer dan staf. 3) Menyusun program kerja bagian SDM. 4) Melakukan survey untuk mengetahui harapan dan keinginan SDM baik yang berhubungan dengan motivasi, kompensasi dan pengembangan karir mereka. 5) Meningkatkan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan melalui lembaga pendidikan formal atau informal.

Dengan menjalankan strategi product development pada RS "X" diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dengan harga atau biaya yang lebih bersaing khususnya untuk unit rawat inap RS "X" dengan terus melakukan pembenahan terhadap internal organisasi. Selanjutnya disarankan untuk dilakukan evaluasi terhadap implementasi strategi pengembangan terhadap unit rawat inap ini, dengan jalan melakukan survey terhadap para staf dan karyawan RS "X" terutama yang pekerjaannya berhubungan langsung dengan unit rawat inap. Sementara itu untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu dilakukan survey dan analisa kepuasan pelanggan khususnya terhadap unit rawat inap RS "X". Dengan demikian, maka manajemen RS "X" akan mengetahui bentuk pelayanan yang diinginkan oleh pelanggan, sehingga hal tersebut akan menjadi catatan dan koreksi bagi manajemen untuk melakukan penataan terhadap kualitas pelayanan khususnya untuk unit rawat inap. Penelitian ini berkontribusi dalam pengembangan studi bidang manajemen strategik pada institusi rumah sakit, namun masih memiliki 3 (tiga) keterbatasan. Pertama, penelitian ini ber-

sifat penelitian studi kasus pada satu rumah sakit. Sehingga hasil penelitian ini tidak bisa digeneralisir seluruhnya untuk institusi rumah sakit lainnya. Kedua, analisis pada penelitian ini menggunakan matriks IFE, EFE dan TOWS yang dominan menggunakan perspektif para pengambil keputusan strategis, sehingga unsur subjektifitas cukup dominan. Hal ini merupakan salah satu keterbatasan dalam menggunakan matriks tersebut dalam melakukan analisis strategi. Ketiga, implikasi praktikal penelitian ini baru berada pada tatanan formulasi strategi dan belum mendetailkan dalam bentuk program kegiatan. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan mampu memberikan implikasi praktikal yang lebih detail sampai dengan tatanan program kegiatan.

Menurut Wells dan Prensky (1996), disiplin perilaku konsumen adalah studi tentang konsumen ketika mereka melakukan pertukaran sesuatu yang berharga untuk sebuah produk atau jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Perilaku konsumen dapat dipandang sebagai sebuah proses yang melibatkan pemilihan, pembelian, penggunaan, evaluasi, dan menghabiskan barang dan jasa yang akan memenuhi kebutuhan seseorang. Studi perilaku konsumen juga melibatkan bagaimana konsumen memutuskan dan menghabiskan waktu dan uang mereka untuk membeli dan mengonsumsi produk dan jasa yang memuaskan kebutuhan mereka. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana para pemasar berusaha menawarkan produk dan jasa yang memenuhi kebutuhan konsumen sehingga konsumen mau membeli barang dari pemasar. Studi perilaku konsumen juga menggambarkan bagaimana pengambil keputusan berusaha mempengaruhi konsumen, pemasar, dan peraturan perundang-undangan.

Definisi lain dari perilaku konsumen menurut Blythe (2008) adalah interaksi yang dinamis antara afeksi, kognisi, perilaku, dan lingkungan dimana manusia melakukan pertukaran berbagai aspek dalam kehidupannya. Menurut Danek (1989), definisi tersebut menggambarkan bahwa perilaku konsumen adalah dinamis. Definisi tersebut menekankan hubungan berbagai unsur berbeda dalam menentukan perilaku konsumen. Perspektif ini menjadi alasan mengapa sebuah strategi perlu dievaluasi terus menerus karena sebuah strategi mungkin berlaku pada masa lalu, namun mungkin tidak akan berlaku pada masa depan, dikarenakan pengaruh yang membentuk perilaku itu berubah sepanjang waktu. Definisi yang telah dikemukakan di atas juga meliputi konsep pemasaran sebagai sebuah manajemen pertukaran yang diterima oleh semua pemasar. Seorang ayah yang menjanjikan seorang anaknya sebuah makanan sebagai hadiah untuk perilakunya yang baik diartikan sebagai proses pemasaran. Blythe (2008) menggambarkan bahwa ada interaksi antara emosi konasi atau kecenderungan perilaku dan kognisi atau proses berfikir serta faktor lingkungan dan personal yang akan menghantarkan perilaku konsumen. Gambar ini menunjukkan bahwa sikap dasar yang terbentuk dari pikiran, emosi dan kecenderungan perilaku dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan personal yang akan menghasilkan perilaku.

Pemasar dapat memengaruhi proses tersebut. Pada beberapa titik, pemasar dapat mempengaruhi jalan pikiran konsumen dengan memberikan informasi yang tepat pada waktu yang tepat. Pemasar dapat mempengaruhi emosi dengan menyediakan komunikasi yang baik. Pemasar dapat mempengaruhi lingkungan stimulus yang tepat misalnya toko yang menyediakan jaringan yang mudah untuk menstimulasi pembelian. Pemasar dapat mendorong konsumsi lebih banyak karena pemasaran yang baik tidak berhenti pada satu titik penjualan, pemasar akan mencar tempat-tempat lain untuk memasarkan atau menjual produknya.

Dalam Analisa Konsumen juga menjadi daya tarik bagi para peneliti. Perilaku konsumen dapat dianggap sebagai sebuah studi yang berfokus pada aktivitas konsumsi. Pada masa lalu, perilaku konsumen hanya berfokus kepada mengapa konsumen belanja. Saat ini, fokus perhatian studi konsumen lebih luas, yang meliputi perilaku konsumsi termasuk didalamnya mengapa dan bagaimana konsumen mengkonsumsi studi konsumen bukan saja menarik perhatian para pemasar. Studi perilaku konsumen bahkan menarik perhatian bukan pemasar, karena apa? Karena kita semua adalah konsumen. Definisi lain dari perilaku konsumen adalah semua kegiatan, tindakan, serta proses psikologis yang mendorong tindakan pembelian, baik pada saat sebelum melakukan pembelian, ketika melakukan pembelian, saat menggunakan, menghabiskan produk dan jasa, serta hal-hal lainnya terkait pembelian atau kegiatan mengevaluasi pembelian. Dari hal tersebut beberapa bagian penting dari perilaku konsumen adalah proses setelah konsumsi dan evaluasi. Selain itu, perlu diperhatikan bagaimana konsumen memperlakukan kemasan setelah ia mengonsumsi isinya. Kemasan akan berpengaruh negatif terhadap lingkungan jika kemasan tidak dibuang dengan cara yang benar.

Konsumen harus dididik bagaimana cara membuang kemasan dengan benar. Peter dan Olson (1999) mengemukakan bahwa “*Perilaku konsumen merupakan hal yang dinamis karena berpikir, merasakan, dan tindakan individu konsumen, menargetkan grup konsumen, dan masyarakat luas yang terus menerus berubah*” (dikutip sesuai aslinya dari hal 6). Konsumen dibagi dua, yakni konsumen individu atau konsumen rumah tangga, dan konsumen organisasi. Konsumen individu umumnya melakukan pembelian produk dengan tujuan konsumsi pribadi atau untuk diberikan ke orang lain. Jenis konsumen kedua disebut dengan konsumen organisasi. Konsumen organisasi umumnya membeli produk, baik peralatan atau jasa untuk tujuan organisasi. Sebagai contoh, IPB dapat disebut dengan konsumen, di mana IPB melakukan pembelian peralatan, bahan untuk kegiatan proses belajar mengajar, membangun gedung, membeli fasilitas gedung atau kantor, membeli AC atau kipas angin dan pembelian barang lainnya. Contoh lain dari konsumen organisasi adalah pemerintah dan perusahaan. Perusahaan atau produsen adalah konsumen organisasi atau konsumen bisnis yang membeli barang dan jasa untuk proses produksi yang akan menghasilkan barang dan jasa lainnya. Pada mata kuliah ini, yang akan menjadi fokus kita adalah konsumen individu.

Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen. Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijalkannya. Aplikasi perilaku konsumen berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis. Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu

memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi kosumen yang memiliki karakter tersebut.

Konsumen diharapkan dapat mengambil keputusan dengan tepat. Selain itu, memahami perilaku konsumen juga penting untuk konsumen sendiri, agar konsumen dapat menjadi konsumen yang bijak, konsumen yang cerdas, dan konsumen yang dapat melindungi dirinya sendiri. Hal tersebut dikarenakan orang yang bisa memahami perilaku konsumen dapat terjerumus untuk menipu atau mengelabui konsumen. Sebagai contoh, kasus perusahaan membawa kabur uang muka pembangunan rumah. Kasus tersebut umumnya terjadi berulang dari tahun ke tahun dan di beberapa tempat yang berbeda. Hal tersebut terjadi karena perusahaan memahami benar perilaku orang, khususnya kelemahan konsumen, dengan emosi konsumen sehingga dari kelemahan tersebut perusahaan atau penipu memanfaatkannya. Oleh karena itu, dengan memahami perilaku konsumen ini sebaiknya kita bisa melindungi diri kita sendiri. Jadi, dengan memahami perilaku konsumen orang dapat menjadi lebih baik karena dapat melindungi konsumen sehingga konsumen dapat lebih berhati-hati dalam melakukan keputusan pembelian. Saat ini banyak terjadi kasus penculikan atau sejenisnya yang menimpa beberapa orang, terutama wanita melalui internet. Wanita tersebut dikelabui dengan ajakan menikah namun setelah ditelusuri ternyata laki-laki tersebut adalah penipu. Wanita tersebut diminta mentransfer uang. Penipuan tersebut dapat terjadi karena pelaku penipuan mengerti cara mengetahui wanita yang sedang galau untuk selanjutnya didekati. Para ahli telah lama tertarik mempelajari dan memahami perilaku konsumen dengan SWOT dan TOWS Matrix. Bukan saja para ahli akademisi yang tertarik dengan mempelajari konsumen, para produsen maupun pemasar juga sangat tertarik mempelajari perilaku konsumen. Analisa konsumen dapat dipelajari di dalam berbagai perspektif. Perspektif pertama adalah dari sisi ekonomi, yaitu mempelajari permintaan dan penawaran, perspektif kedua dari sosiologi, yaitu mempelajari perilaku sebuah kelompok, perspektif ketiga yaitu psikologi yaitu mempelajari proses berpikir manusia, perspektif yang keempat yaitu antropologi, yaitu studi menjelaskan tentang apa yang membuat kita menjadi manusia. Studi perilaku konsumen pada hakikatnya adalah melihat konsumen dari berbagai disiplin, pemasar juga akan memahami konsumen di dalam berbagai perspektif tersebut. Para ahli telah mendefinisikan perilaku konsumen. Pendekatan pertama di kemukakan oleh Engel Blackwell, Miniard (1995) yang mengemukakan bahwa perilaku konsumen adalah kegiatan yang dilakukan ketika orang atau seseorang mendapatkan, mengkonsumsi dan menghabiskan barang dan jasa.

Definisi tersebut akan menimbulkan berbagai pertanyaan memiliki banyak arti. Memperoleh barang dapat meliputi berbagai kegiatan seperti membeli, mencari informasi tentang barang dan jasa dan juga mengevaluasi alternatif. Memperoleh barang juga memiliki arti tidak menggambarkan pembelian yang sesungguhnya. Memperoleh barang juga dapat menggambarkan apakah seorang konsumen membayar produk tersebut dengan tunai, dengan kartu kredit atau dengan kredit lainnya. Memperoleh barang dapat berarti juga apakah konsumen mendapatkan barang tersebut untuk dirinya atau untuk hadiah. Konsumsi memiliki arti bagaimana konsumen menggunakan produk yang mereka beli. Konsumsi memiliki arti dimana produk itu dikonsumsi, kapan, pada situasi apa produk digunakan atau dikonsumsi dan bagaimana produk itu digunakan atau dikonsumsi.

Setelah konsumsi adalah kegiatan disposal atau pembuangan produk, ketika produk atau barang sudah rusak atau tidak diperlukan lagi maka mereka akan membuang barang tersebut, pembuangan dapat

meliputi juga penempatan kemasan di tempat sampah. Kemasan tersebut mungkin dapat didaur ulang atau dibakar atau masuk ketempat pembuangan sampah. Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa sebagian besar barang yang kita beli dikemas dan kemasan yang dibuang oleh sebagian besar konsumen ini menimbulkan masalah lingkungan. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk memahami bagaimana kemasan ini dibuang karena akan membawa implikasi penting bagi lingkungan. Studi perilaku konsumen memiliki dua konsep utama yaitu konsumen dan pertukaran. Konsumen merupakan fokus perhatian dalam studi perilaku konsumen. Studi perilaku konsumen mempengaruhi bagaimana konsumen melakukan proses keputusan. Studi perilaku konsumen dilakukan dari berbagai perspektif meliputi psikologi, ekonomi, sosiologi dan antropologi. Pertukaran adalah konsep penting kedua dari perilaku konsumen. Konsumen akan melakukan proses pertukaran dari sesuatu yang mereka miliki yang akan dipertukarkan oleh barang dan jasa yang dapat memenuhi kebutuhan produk yang memenuhi kebutuhan konsumen. Konsumen melakukan kegiatan belanja. Kegiatan belanja pada hakekatnya adalah kegiatan pertukaran yang dilakukan oleh konsumen. Pertukaran tersebut dapat melibatkan uang sebagai media yang banyak digunakan untuk melakukan pertukaran namun demikian konsumen juga dapat mempertukarkan waktunya untuk barang dan jasa ketika dia harus bekerja untuk memperoleh pendapatan.

Kesimpulan

Petugas kesehatan di Instalasi Rawat inap Rumah Sakit atau PPK lainnya kedepan harus dapat mempertahankan responsivenessnya, dan competitiveness findingnya agar menjadi Rumah Sakit yang memenuhi harapan masyarakat sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien. Dan pasien akan menggunakannya sebagai word of mouth, sehingga dapat meningkatkan jumlah kunjungan. Dokter dan perawat di Rumah Sakit, Klinik atau PPK lainnya harus selalu berkoordinasi dalam memberikan pelayanan dan pengobatan agar tidak terjadi miss komunikasi baik terhadap pasien maupun keluarga pasien, dalam bentuk memberikan cek list pada catatan perawatan pasien apabila obat yang sudah diberikan. Dokter dan perawat dan nakes di PPK atau Rumah Sakit harus selalu berkoordinasi dalam memberikan pelayanan dan pengobatan agar tidak terjadi miss komunikasi baik terhadap pasien maupun keluarga pasien, dalam bentuk memberikan cek list pada catatan perawatan pasien apabila obat yang sudah diberikan. Pasien mengharapkan agar visite dilakukan oleh dokter yang bertanggung jawab atas pasien tersebut, apabila memang tidak memungkinkan maka diwakilkan oleh dokter lain dan dikomunikasikan dengan pasien dan keluarga pasien. Bagian pelayanan medis berkoordinasi dengan kepala ruang rawat inap dalam pengadaan buku atau bahan bacaan bagi ruangan perawatan, sehingga keluarga atau kerabat yang membantu menjaga tidak merasa bosan. Untuk rencana jangka panjang bisa memasukkan untuk rencana peningkatan fasilitas umum, atm, serta penunjang lainnya contohnya : pengadaaan kantin atau koperasi yang lengkap sehingga pasien dan keluarga pasien yang membutuhkan sesuatu bisa segera mendapatkannya.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., "Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, "Public-Private Partnership: Illustrative Examples", diakses dari search in www.yahoo.com.
"Peluang Kesehatan di Era Ekonomi", diakses dari www.aplcare.com.
- "Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi", diakses dari www.bkkbn.go.id.
- "Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat", diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., "Public-Private Partnership for Public Health", artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, "Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan", diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, "Public Private Services Team Up", diakses dari search in www.yahoo.com.
Thomas, A., dan Valerie Curtis, "Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice", diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, "Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never", diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, "Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta", diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.

- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Universitas
Esa Unggul

MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK353)

SESI 12
STRATEGI PEMASARAN DI PELAYANAN KESEHATAN

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL
(FIKES 5661)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Strategi Pemasaran dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Strategi Pemasaran di Provider Pelayanan Kesehatan di era digital dan pandemi
3. Memahami manfaat Strategi Pemasaran Pelayanan Kesehatan di PPK1 dan PPK 2

B. Uraian dan Contoh

Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
2. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
3. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

C. Topik Perkuliahan : Strategi Pemasaran di Pelayanan Kesehatan

Uraian :

1. Konsep Perencanaan Strategi Pelayanan Kesehatan di PPK

Salah satu fungsi manajemen yang paling utama adalah perencanaan karena dari fungsi tersebutlah fungsi-fungsi lain disusun. Perencanaan merupakan cetak biru untuk pencapaian tujuan yang memuat pengalokasian sumberdaya yang dibutuhkan, jadwal, tugas-tugas dan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilaksanakan terkait dengan pencapaian tujuan tersebut. Dapat dikatakan bahwa sebuah rencana merupakan jembatan yang dibangun untuk menghubungkan antara masa kini dengan masa datang yang diinginkan, karena perencanaan adalah mempersiapkan masa depan. Masa depan memang akan datang dengan sendirinya, tapi tanpa perencanaan masa depan tersebut mungkin bukan masa depan yang kita inginkan.

Dalam manajemen, perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan tak akan dapat berjalan (Andriyani, 2015).

2. Merumuskan Tujuan untuk sebuah Rencana

Sebelum sebuah rencana kerja dapat disusun, hal yang pertama yang harus dirumuskan adalah sasaran-sasaran apa yang hendak dicapai. Sasaran-sasaran tersebut dapat dirunut dari visi dan misi yang dirumuskan oleh organisasi. Melalui misi organisasi kita dapat mengetahui untuk tujuan apa organisasi itu didirikan dan mengapa organisasi itu ada. Misi merupakan dasar bagi tujuan dan garis besar perencanaan dalam keseluruhan organisasi. Oleh karenanya dalam menyusun sebuah perencanaan yang efektif, seorang manajer harus memastikan bahwa kebijakan-kebijakan internal, peran-peran organisasional, kinerja, struktur organisasi, produk yang dihasilkan, dan keseluruhan operasional organisasi tetap sejalan dengan misi organisasi.

3. Tujuan Perencanaan

Tujuan perencanaan adalah suatu pernyataan tentang apa yang ingin dicapai melalui kegiatan rencana atau tindakan. Tujuan yang baik mengandung elemen SMART (Stevanus dan Nyoman, 2007):

- *Spesific* : Hasil yang ingin dicapai memang relevan dengan permasalahan yang ada.
- *Measurable* : indikator dari input-proses-output dan outcome bias diukur.

- *Attainable* : hasil tersebut bisa dicapai.
- *Realistik* : hasil bisa dicapai dengan kemampuan sumber daya yang ada/dimiliki saat ini.
- *Time bound* : ada batas waktu yang jelas untuk bisa dicapai atau SPIRO yang meliputi
 - *Spesific* artinya visi, misi, sasaran, tujuan dan strategi organisasi jelas bagi semua, tidak ada kerancuan dan memiliki keunggulan bersaing.
 - *Performance results* artinya indikator hasil jelas nyata dan terukur.
 - *Institutional rewarding*, artinya program atau kegiatan tersebut harus memberikan nilai tambah bagi institusi dan semua pihak terkait (*stakeholders*). Institusi harus tumbuh dan berkembang untuk jangka panjang.
 - *Realistic* artinya tujuan harus bisa dicapai dan diukur serta disesuaikan dengan kemampuan sumber daya yang ada.
 - *Open and objective*, artinya dalam mencapai tujuan, semua proses kegiatan harus bisa dipertanggung jawabkan secara terbuka (transparan). Hasil Pemasaran untuk kesejahteraan semua. Pemastian apakah sasaran/tujuan-tujuan yang disusun dalam sebuah perencanaan dapat lebih efektif, maka ada beberapa kriteria yang perlu diperhatikan oleh seorang manajer:

- Rumusan tujuan harus jelas dan spesifik dan sebisa mungkin menggunakan kalimat kuantitatif agar mudah mengukurnya.
- Tujuan tersebut harus mencakup hasil sektor-sektor kunci. Karena tujuan atau sasaran tidak mungkin disusun berdasarkan hasil kerja orang perorang, maka sasaran tersebut dibuat berdasarkan hasil dari kontribusi persektor/perbagian.
- Tujuan harus mampu memberikan tantangan untuk mencapainya, namun bukan berarti harus sangat sulit untuk dicapai.
- Tujuan harus memiliki tenggat waktu yang jelas untuk mencapainya
- Tujuan mestinya dikaitkan juga dengan penghargaan bagi yang mencapainya.

Robbins S dan Mary C., mengemukakan banyak tujuan perencanaan. Tujuan pertama adalah untuk memberikan pengarahan baik untuk manajer maupun karyawan nonmanajerial. Dengan rencana, karyawan dapat mengetahui apa yang harus mereka capai, dengan siapa mereka harus bekerja sama, dan apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi. Tanpa rencana, departemen dan individual mungkin akan bekerja sendiri-sendiri secara serampangan, sehingga kerja organisasi kurang efisien (Robbins & Mary, 2005).

Tujuan kedua adalah untuk mengurangi ketidakpastian. Ketika seorang manajer membuat rencana, ia dipaksa untuk melihat jauh ke depan, meramalkan perubahan, memperkirakan efek dari perubahan tersebut, dan menyusun rencana untuk menghadapinya.

Tujuan ketiga adalah untuk meminimalisir pemborosan. Dengan kerja yang terarah dan terencana, karyawan dapat bekerja lebih efisien dan mengurangi pemborosan. Selain itu, dengan rencana, seorang manajer juga dapat mengidentifikasi dan menghapus hal-hal yang dapat menimbulkan inefisiensi dalam perusahaan.

Tujuan yang terakhir adalah untuk menetapkan tujuan dan standar yang digunakan dalam fungsi selanjutnya, yaitu proses pengontrolan dan pengevaluasian. Proses pengevaluasian adalah proses membandingkan rencana dengan kenyataan yang ada. Tanpa adanya rencana, manajer tidak akan dapat menilai kinerja perusahaan. Perencanaan memberikan arah tindakan saat ini yang terfokus pada pencapaian tujuan yang kita impikan di masa yang akan datang. Melalui perencanaan kita dapat mengantisipasi perubahan lingkungan dan memperkirakan risikonya sambil terus menyesuaikan tindakan/aktifitas dengan tujuan yang hendak kita capai. Karena pentingnya fungsi perencanaan, maka dalam dunia militer dikenal idiom :”Jika kamu gagal merencanakan, maka kamu merencanakan kegagalan”

Melalui perencanaan yang baik, enam pertanyaan pokok dalam setiap aktifitas untuk mencapai tujuan akan terjawab. Keenam pertanyaan tersebut yang dikenal dengan (**4W & 2H**) adalah sebagai berikut :

1. *What needs to be accomplished?* (Apa yang harus dikerjakan?)
2. *When is the deadline?* (Kapan harus dilaksanakan dan diselesaikan?)
3. *Where will this be done?* (Dimana tempat pelaksanaannya?)
4. *Who will be responsible for it?* (Siapa penanggungjawabnya?)
5. *How will it get done?* (Bagaimana cara melaksanakannya?)
6. *How much time, energy, and resources are required to accomplish this goal?* (Berapa banyak

waktu, tenaga dan sumberdaya yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan).

4. Manfaat Perencanaan Strategis

Perencanaan memberikan manfaat yang sangat besar dalam pencapaian tujuan, manfaat-manfaat yang diberikan tersebut diantaranya adalah :

- a. Memberikan arah tindakan pada organisasi. Tanpa rencana yang memiliki tujuan sebuah organisasi tidak akan sampai kemanapun.
- b. Memfokuskan perhatian pada sasaran-sasaran dan hasil-hasil yang hendak dicapai. Rencana membantu baik manajer dan maupun karyawan untuk memusatkan perhatian mereka pada sebuah gambaran besar yang disebut rencana.
- c. Menetapkan dasar bagi kerjasama tim. Sebuah rencana mengintegrasikan berbagai bagian/unit dalam organisasi untuk mencapai tujuan yang sama.
- d. Membantu mengantisipasi permasalahan dengan memperhitungkan situasi dan perubahan lingkungan yang akan terjadi.
- e. Rencana juga memberikan arahan dalam pembuatan keputusan. Keputusan selalu berorientasi ke masa depan, jika manajemen tidak memiliki rencana untuk masa depan maka keputusan keputusan yang dibuatpun hanya sedikit yang dapat berorientasi ke masa depan.

Merupakan prasyarat bagi terlaksananya fungsi-fungsi manajemen yang lain. Melalui perencanaan, manajemen akan mengetahui pengorganisasian apa yang harus ditangani, karyawan apa dan bagaimana yang dibutuhkan, bagaimana memimpin, memotivasi karyawan, dan seterusnya.

5. Fungsi Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu fungsi penganalisaan tujuan yang telah di tetapkan terlebih dahulu menjadi urutan tindakan yang sistematis. Perencanaan merupakan suatu organisasi adalah suatu proses yang berkesinambungan, tidak akan pernah berhenti, karena organisasi akan terus menghasilkan tujuan-tujuan yang ingin dicapai oleh unit-unit pelaksanaan.

Fungsi perencanaan (Purwanto, 2007) meliputi :

1. *Forecasting* (peramalan)

Perencanaan harus dapat meramalkan, memperhatikan waktu yang akan datang tentang keadaan pasar, konsumen, kebijakan pemerintah dan lain-lain.

2. *Establishing objectives* (pemograman)

Perencanaan harus menetapkan prosedur kegiatan-kegiatan yang diperlukan, biaya-biaya yang diperlukan untuk setiap kegiatan demi tercapainya tujuan yang diinginkan.

- *Scheduling* (penjadwalan)
- *Budgeting* (anggaran).
- *Developing prosedur* (pengembangan prosedur)
- *Establishing and interpreting policies* (penetapan dan penafsiran kebijakan).

Jenis Perencanaan

Perencanaan banyak jenisnya, untuk keberhasilan dalam menjalankan suatu program atau kegiatan, maka perlu dipahami berbagai jenis perencanaan. Jenis perencanaan yang dimaksud adalah (David, 2006):

- a. Perencanaan yang disengaja, bersifat nasional dan objektif.
- b. Perencanaan yang berorientasi pada proses, perencanaan yang tidak berisolasi dengan kegiatan fungsi manajemen lain yang sifatnya kontinu atau berulang-ulang sesuai siklus organisasi.
- c. Perencanaan yang natural, dimana perencanaan tegas dari seluruh anggota organisasi dan memberikan masukan.
- d. Perencanaan multi dimensi, perencanaan dibuat dalam berbagai bentuk ukuran disesuaikan dengan masalah yang terkait sesuai dengan level organisasi.
- e. Menurut jangka waktu berlakunya rencana, dapat dibedakan menjadi tiga macam yakni perencanaan jangka panjang, perencanaan jangka menengah, perencanaan jangka pendek.

- f. Menurut frekuensi penggunaan rencana yang dihasilkan perencanaan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni perencanaan yang digunakan satu kali (*single-use planning*) dan perencanaan yang digunakan berulang kali (*repeat-use planning*)
- g. Menurut tingkatan rencana, perencanaan dibedakan menjadi tiga macam yakni perencanaan induk (*master planning*), perencanaan operasional (*operational planning*) dan perencanaan harian (*day-to-day planning*).
- h. Menurut orientasi waktu pada waktu melaksanakan perencanaan, maka perencanaan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni perencanaan orientasi masa lalu-kini (*ameliorative planning*) dan perencanaan yang berorientasi masa depan, dengan ciri bersifat besar, kemudian berorientasi pada strategi dengan memakai variabel-variabel lingkungan.
- i. Menurut ruang lingkup rencana yang dihasilkan ada empat macam yaitu perencanaan strategik, perencanaan taktis, perencanaan menyeluruh dan perencanaan terpadu.

. Lingkup dan Jenis Perencanaan

Perencanaan sebagai salah satu fungsi pokok manajemen pasti dilakukan oleh manajer pada semua tingkatan, meski skala atau lingkup rencananya berbeda sesuai dengan level manajerialnya. Kendati menyusun rencana yang sifat dan lingkungannya berbeda, setiap manajer harus mengkoordinasikan rencananya dengan rencana yang bersifat lebih luas agar tidak terjadi kontradiksi penetapan tujuan antar unit kerja dan antar bagian yang lebih tinggi. Memilahkan lingkup rencana tersebut adalah untuk membentuk sebuah mata rantai Sarana -Tujuan yang menghubungkan antara aktifitas organisasi sehari-hari dengan pencapaian tujuan secara keseluruhan (Kertajaya, 2008). Mata rantai Sarana-Tujuan tersebut dibentuk dalam level perencanaan adalah sebagai berikut (Kertajaya, 2008) :

1. Rencana Strategis yang merupakan perencanaan jangka panjang yang bersifat umum dan di dalamnya mencakup pengembangan misi organisasi, serta tujuan-tujuan pokok yang akan dicapai organisasi secara keseluruhan. Top Level Manajer adalah yang bertanggung-jawab dan berkepentingan dengan perencanaan ini.
2. Rencana Taktis merupakan rencana yang menjabarkan Rencana Strategik menjadi rencana dengan target-target spesifik yang harus dicapai oleh setiap divisi. Oleh karenanya memuat tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana cara melakukannya dan siapa yang bertanggungjawab pada setiap divisinya, dan yang bertanggungjawab untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan taktis spesifik harus disusun dalam rencana taktis ini adalah manajer tingkat menengah yang membawahi divisi-divisi spesifik.
3. Rencana Operasional merupakan rencana jangka pendek atau rencana tahunan yang merupakan jabaran lebih rinci dari Rencana Strategik per-unit kerja. Rencana Operasional adalah *blueprint* rencana tindakan sesungguhnya dari setiap unit kerja dalam satu tahun kerja, oleh karenanya juga disebut sebagai Rencana Sekali Pakai (*Single-use Plans*) . Di dalam rencana operasional tercakup aktifitas apa yang harus dilakukan, jadwal kerja, penanggungjawab, dan lain-lain. Anggaran penerimaan dan belanja organisasi juga termasuk dalam katagori ini. Kontinjensi. Rencana ini adalah rencana yang dikembangkan sebagai antisipasi jika rencana semula yang telah dibuat ternyata gagal mencapai tujuan atau bahkan tidak dapat dilaksanakan karena berbagai sebab. Organisasi-organisasi besar biasanya memiliki rencana kontinjensi, karena bagaimanapun telitinya seorang manajer dalam mempertimbangkan berbagai aspek dalam perencanaannya, situasi lingkungan bisa berubah.
4. *Continuining or Ongoing Plans*, adalah bentuk rencana yang dibuat untuk kepentingan beberapa tahun dengan kemungkinan revisi atau pembaruan secara periodic, dan yang termasuk *Ongoing Plans* ini adalah :
 - a. Kebijakan, yang merupakan arahan umum yang harus diikuti oleh para manajer manakala menangani masalah yang berkaitan dengan wilayah-wilayah penting dalam pembuatan keputusan (misalnya kebijakan kepegawaian dan pengelolaan sumberdaya manusia, kebijakan kenaikan upah/gaji, dan sebagainya)
 - b. Prosedur, yakni petunjuk langkah demi langkah yang menjelaskan bagaimana suatu aktifitas harus dilakukan. Prosedur memberikan standarisasi penanganan untuk aktivitas-aktivitas yang dilakukan secara berulang (misalnya tentang prosedur penilaian kerja, prosedur pembuatan laporan keuangan, prosedur pemesanan barang, dll).

Aturan, yakni pernyataan yang secara eksplisit memberikan batasan pada karyawan tentang apa yang boleh atau tidak boleh mereka lakukan saat bekerja (misalnya larangan absen atau bahkan datang terlambat ke tempat kerja, dll, aturan-aturan yang secara eksplisit juga dicantumkan pada saat calon karyawan menandatangani kontrak kerja, dll).

7. Kendala dalam Perencanaan

Agar rencana yang telah dibuat dapat terlaksana dengan efektif, manajer harus mampu mengidentifikasi beberapa kendala potensial dalam perencanaan dan berusaha mengatasinya. Kendala-kendala tersebut umumnya adalah (Anoraga, 2007) :

1. Ketidakmampuan membuat rencana atau rencana yang tidak cukup baik. Tentu saja tidak semua manajer otomatis memiliki kemampuan membuat perencanaan. Faktor penyebabnya adalah kurangnya pengalaman, pendidikan atau bahkan karena diajari atau tidak memiliki pengetahuan tentang bagaimana membuat rencana yang benar.
2. Kurangnya komitmen dalam proses pembuatan rencana. Mengembangkan sebuah rencana adalah pekerjaan yang membutuhkan pemikiran yang cukup banyak dan menyita waktu. Kebanyakan manajer beralasan mereka tidak cukup punya waktu untuk mengikuti proses pembuatan rencana yang cukup panjang, atau bahkan mereka tidak membuat rencana yang memadai karena sebenarnya mereka takut gagal tidak mencapai yang mereka targetkan dalam rencana tersebut.
3. Lemahnya informasi. Karena yang menjadi dasar dari sebuah rencana adalah informasi, maka bagaimanapun canggihnya seorang manajer dalam teknik pembuatan rencana, namun apabila informasi yang digunakan dalam penyusunan rencana tersebut kurang memadai (informasi kurang akurat, kurang lengkap, basi), maka rencana tersebut juga akan kurang bermutu atau bahkan rencana yang gagal.
4. Terlalu berfokus pada masa kini. Kegagalan mempertimbangkan efek jangka panjang sebuah rencana karena terlalu menekankan pada penanganan persoalan-persoalan jangka pendek, justru dapat menyebabkan kegagalan organisasi mempersiapkan masa depan. Seorang manajer seharusnya memiliki gambaran besar dalam benaknya tentang masa depan dan sasaran-sasaran jangka panjang yang ingin diraih saat menyusun sebuah rencana (Anoraga, 2007).
5. Terlalu mengandalkan diri pada unit/bagian perencanaan. Banyak organisasi/perusahaan yang memiliki bagian perencanaan atau bagian perencanaan dan pengembangan tersendiri. Bagian ini yang melakukan penelitian, studi, membangun model, percobaan, dan lain-lain, tapi sesungguhnya tidak mengembangkan perencanaan itu sendiri. Hasil dari bagian ini hanyalah merupakan alat bantu yang dapat dimanfaatkan oleh manajer dalam membuat rencana, apalagi menyusun sebuah rencana organisasi tetaplah tanggung-jawab manajer.
6. Memusatkan perhatian pada faktor-faktor yang dapat dikuasainya. Kebanyakan manajer hanya berkonsentrasi pada hal-hal yang paling dikuasai dan menghindari diri hal yang kurang dikuasai karena khawatir dianggap kurang mampu. Misalnya memusatkan perhatian pada pembuatan gagasan-gagasan dan ide-ide baru, namun mengabaikan bagaimana cara menjadikan gagasan/ide tersebut terapkan karena kurang menguasai operasional organisasinya.
7. Kendala-kendala tersebut pastilah dapat diatasi manakala manajer menginginkan sebuah rencana berkualitas yang tersusun. Cara termudah dan termurah tentu saja melalui komunikasi yang efektif dengan karyawan dan melibatkan mereka dalam penyusunan rencana. Komunikasi yang efektif menjamin manajer memperoleh informasi yang berkualitas, dan melibatkan karyawan dalam proses pembuatan rencana akan memperluas dan memperdalam perspektif rencana itu serta mengurangi risiko ketidakberhasilan rencana tersebut saat dilaksanakan (Anoraga, 2007).

8. Konsep Strategis

Strategi merupakan suatu kegiatan komprehensif yang menentukan petunjuk dan pengarahannya yang kritis terhadap pengalokasian sumber daya untuk mencapai sasaran jangka panjang organisasi. Dalam prakteknya pilihan strategi merupakan sesuatu yang kompleks dan tugas yang berisiko. Beberapa strategi organisasi diharapkan dapat menghadapi lingkungan yang kompetitif. Disini manajer merencanakan buaran kekuatan dan kelemahan organisasi dengan kesempatan dan ancaman di lingkungannya (Burhan, 1994).

Strategi dirumuskan dalam dua perspektif berbeda, yang pertama strategi adalah program yang luas untuk mendefinisikan dan mencapai tujuan organisasi dan melaksanakan misinya. Pengertian ini lebih mengarahkan pada peranan aktif organisasi untuk melaksanakan program sebagai strategi organisasi menghadapi perubahan lingkungan. Strategi ini dikenal sebagai perencanaan strategi. Perspektif kedua strategi adalah pola tanggapan organisasi yang dilakukan terhadap lingkungan sepanjang waktu.

Pengertian ini lebih mengarahkan organisasi untuk bersikap pasif, yang artinya para manajer akan menganggapi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan hanya jika mereka merasa perlu untuk melakukannya. Strategi ini dikenal sebagai strategi adaptif. Pembahasan pada materi ini akan lebih di tekankan pada peranan aktif manajer yang dikenal sebagai perencanaan strategis yang fokusnya luas dan berjangka panjang. Disamping ke dua perspektif tersebut dikenal strategi *entrepreneur* yaitu strategi yang dirancang pemimpin usaha berdasarkan inisiatif untuk pertumbuhan yang konstan dengan mencari peluang baru secara aktif. Pengertian ini juga mengarahkan peranan aktif seseorang dalam hal ini adalah seorang *entrepreneur* atau wirausahawan (Burhan, 1994). Ciri-ciri strategi meliputi :

1. Wawasan waktu, strategi menggambarkan kegiatan dengan cakrawala jangka panjang atau pandangan yang jauh ke depan, yaitu waktu untuk melaksanakan dan melihat hasilnya.
2. Dampak, pengaruh strategi akan sangat berarti pada hasil akhirnya.
3. Pemusatan upaya, dengan memfokuskan pada kegiatan yang terpilih mengharuskan pemusatan pemanfaatan sumber daya yang ada.
4. Pola keputusan, strategi mensyaratkan sederetan keputusan tertentu perlu diambil sepanjang waktu mengikuti suatu pola yang konsisten.
5. Peresapan, strategi mencakup kegiatan yang luas mulai alokasi sumber daya sampai kegiatan operasional perusahaan. Organisasi dapat mengembangkan sejumlah alternatif strategis untuk memanfaatkan kesempatan strategis. Strategi yang baik mencakup beberapa hal:
 1. Cakupan: menjelaskan pasar apa yang akan dimasuki oleh organisasi, pasar yang terbatas atau luas
 2. Alokasi sumber daya: menjelaskan bagaimana alokasi sumberdaya untuk mencapai tujuan
 3. Daya saing: memasukan kemampuan yang dimiliki oleh organisasi yang lebih baik dibandingkan dengan kemampuan pesaingnya
 4. Sinergi: strategi harus bertujuan memanfaatkan secara optimal sinergi dalam suatu organisasi.

9. Tingkat Strategi Dalam Organisasi

Strategi seharusnya dapat mendukung pencapaian misi dan tujuan organisasi. Dalam pelaksanaannya mereka harus mengaplikasikannya pada berbagai tingkatan dalam organisasi dan memilih variasi strategi dengan baik. Berikut ini tiga tingkatan strategi yang dapat ditemukan dalam organisasi : strategi korporasi, strategi bisnis dan strategi fungsional (Swanda, 2005).

a. Strategi Korporasi

Strategi korporasi dirumuskan oleh manajemen puncak untuk mengendalikan kepentingan dan operasi perusahaan yang memiliki lebih dari satu lini usaha. Pertanyaan strategi yang dirumuskan adalah “bisnis apa yang akan kita tekuni ?” dan “bagaimana sumber daya akan dialokasikan diantara jenis-jenis usaha ?”. Tujuan strategi korporasi mengarahkan pengalokasian sumber daya untuk perusahaan secara total. Keputusan strategi berhubungan dengan penggunaan sumber daya untuk melakukan akuisisi, pengembangan bisnis baru, kemitraan, operasi global atau pelepasan.

b. Strategi unit bisnis

Strategi unit menyangkut kepentingan dan operasi bisnis unit tertentu. Strategi menjawab pertanyaan seperti “Bagaimana usa ini klan bersaing ?” “Produk apa yang akan ditawarkan?” “Pelanggan mana yang akan dilayani ?”. Secara khusus keputusan strategi unit bisnis meliputi pemilihan bauran produk, fasilitas lokasi atau teknologi baru dan sebagainya. Strategi ini berupaya menentukan pendekatan apa yang sebaiknya diambil unit bisnis itu untuk pasarnya dan bagaimana sebaiknya bisnis dilakukan dengan sumber daya dan kondisi pasarnya.

c. Strategi tingkat fungsional

Strategi tingkat fungsional mengarahkan kegiatan dalam bidang fungsional (keuangan, pemasaran, penelitian dan pengembangan, SDM, produksi) untuk beroperasi yang mendukung setiap unit bisnis. Strategi menjawab

pertanyaan seperti “Bagaimana dapat mengaplikasikan keahlian fungsional untuk mendukung strategi terbaik dari tingkatan unit bisnis?”.

10. Tipe Strategi

Ada empat tipe strategi yang dapat digunakan pada berbagai tingkatan perusahaan dan bisnis yaitu (Burhan, 1994):

a. Strategi Pertumbuhan

Strategi ini berusaha meningkatkan ukuran perusahaan dan ekspansi operasi perusahaan. Strategi ini sangat dikenal karena hampir semua industri atau perusahaan yang menginginkan adanya pertumbuhan dalam kehidupan usahanya dalam jangka panjang. Pertumbuhan usaha dapat terjadi dengan beberapa cara seperti :

- Berkembang secara internal melalui konsentrasi, yaitu menggunakan kekuatan yang ada untuk memperbaharui dan meningkatkan produktifitas, tanpa menanggung risiko yang besar. (pengembangan pasar, pengembangan produk dan inovasi).
- Diversifikasi, melakukan akuisisi bisnis baru yang berhubungan atau tidak dengan bisnisnya atau melakukan investasi spekulasi yang baru (integrasi vertikal, integrasi horizontal, diversifikasi konglomerat dan kemitraan).

b. Strategi Pengurangan

Dapat disebut sebagai strategi pertahanan, dengan mengurangi skala operasi untuk kepentingan efisiensi dan meningkatkan kinerja. Strategi pertahanan dapat dilakukan dengan cara seperti :

- Kembali pada bisnis inti dengan menjual unit bisnis lain yang tidak berhubungan dengan bisnis intinya pada awal program diversifikasi.
- Menurunkan ukuran dengan mengurangi biaya dan restrukturisasi untuk mengembangkan operasi yang efisien.
- Pelepasan dengan menjual bagian organisasi untuk memotong biaya.
- Likuidasi, menutup operasi dengan menjual asset operasi yang sudah bangkrut.

c. Strategi Stabilitas

Strategi dengan tetap menjalankan kegiatan pada saat ini dengan mengurangi tekanan untuk pertumbuhan dan tanpa komitmen pada beberapa perubahan operasi utama. Strategi untuk organisasi yang dapat melakukan kegiatan dengan sangat baik dalam menghadapi lingkungan, risiko rendah yang dapat dihadapi dan melakukan konsolidasi yang diperlukan dengan strategi-strategi yang terlibat.

d. Strategi Kombinasi

Dalam waktu yang sama melakukan kombinasi dari beberapa strategi, untuk menghadapi perubahan lingkungan yang dinamis dengan tingkat persaingan tinggi, dimana kondisi perusahaan beroperasi secara kompleks.

B. Analisis Kebutuhan Pasar

Menganalisis kebutuhan pasar merupakan salah satu aktivitas penting bagi perusahaan terutama untuk bagian pemasaran. Informasi yang datang dari pasar dijadikan landasan untuk melakukan produksi, berapa produk yang harus disediakan untuk pasar. Dengan melakukan prediksi dari informasi hasil analisis kebutuhan pasar, maka dapat pula diperkirakan tingkat penjualan karet pada masa mendatang, sehingga perusahaan mampu mempersiapkan untuk penjualan yang diramalkan tersebut (Rambe, 2002). Analisis pasar adalah suatu penganalisisan atau penyelenggaraan untuk mempelajari berbagai masalah pasar. Analisis pasar akan menyangkut lokasi pasar, luasnya pasar, sifatnya pasar dan karakteristik pasar. Strategi pemasaran merupakan hal yang sangat penting bagi perusahaan dimana strategi pemasaran merupakan suatu cara mencapai tujuan dari sebuah perusahaan (Nst, 2013). Analisis pasar menurut Mahaddhir (2012) ada tiga :

1. Analisis Produk

Analisis Produk adalah suatu perencanaan dan pembuatan produk sampai perpindahan hak ke tangan konsumen. Analisis ini penting sekali bagi mahasiswa dalam mengacu pada pemahaman tentang pasar dan produk, terutama manajemen pemasaran. Dan dapat menempatkan permasalahan dengan jelas, karena produk merupakan objek dari rangkaian aktivitas pemasaran.

2. Analisis Tempat

Analisis Tempat yang dimaksud disini adalah mengkaji daerah penjualan sebelum operasi penjualan dilaksanakan. Daerah penjualan perlu dikaji ulang, agar sasaran penjualan mantap dan tepat. Dengan demikian penguasaan pasar yang dikehendaki dapat dikendalikan.

3. Analisis Harga

Analisa harga pada umumnya merupakan dasar daripada program pemasaran karena Keputusan penentuan harga sangat mempengaruhi terhadap aktifitas seperti pemasangan iklan, promosi penjualan, program penjualan dan seleksi program distribusi

4. Analisis Promosi

Pada dasarnya aktivitas penjualan barang tak dapat berjalan sendiri. Sekalipun produk yang dibuat sempurna sekali dalam memenuhi keinginan pembeli. Demikian pula penepatan harga yang baik tanpa diikuti informasi yang gencar kadang-kadang mengalami kegagalan dalam pemasaran. Maka kita perlu membuat suatu program analisa promosi dan program aktivitas promosi. Analisa promosi digunakan untuk mengumpulkan data dan menetapkan perencanaan promosi, sedangkan program aktivitas promosi merupakan implementasi dari strategi pemasaran. Dengan kata lain satu sebagai alat pendekatan dan lainnya sebagai alat pelaksanaan program (Mahaddhir, 2012).

Bagi manajemen rumah sakit, mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen adalah hal utama. Untuk itu manajemen perlu mendapatkan input dari konsumen berupa harapan akan jasa yang diinginkan, dengan cara melakukan komunikasi dua arah antara pihak manajemen dengan konsumen sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan sehingga apa yang direalisasikan oleh rumah sakit sesuai dengan harapan kenyataan pelayanan yang baik pada akhirnya akan mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan, yang mengakibatkan pasien bisa loyal pada jasa yang diberi serta akan mampu pula untuk menarik pelanggan baru untuk mencobanya (Lathifah, 2011).

Kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit dicerminkan sebagai pelayanan jasa kesehatan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan konsumen sebagai pemakai jasa pelayanan rumah sakit. Pasien akan terasa terpuaskan bila harapan akan pelayanan kesehatan yang diterimanya memenuhi standar kualitas yang diinginkan, karena dengan terpuasnya pasien dan konsumen rumah sakit meningkatkan *brand loyalty* yang semakin kuat (Lathifah, 2011).

Sebagian besar manajer cenderung menjual produk yang mereka rasa paling mudah dijual kepada konsumen yang tidak banyak memberikan penolakan. Dengan pertama-tama membangun rencana pemasaran taktis jangka pendek dan kemudian mengekstrapolasikannya, manajer hanya berhasil dalam mengeksplorasi rintangan pribadi mereka saja.

Hal ini seperti menyetir di suatu arus air yang tenang, jernih, dan lambat tetapi tidak terlalu tepat untuk situasi air yang deras dan bergejolak. Berasyik ria dengan pertama-tama mempersiapkan rencana satu tahun yang rinci adalah ciri khas dari perusahaan-perusahaan yang tidak dapat membedakan antara peramalan penjualan dan penganggaran dengan perencanaan pemasaran strategis adalah kesalahan paling umum berdasarkan pengalaman selama ini. Hal ini membawa kita pada titik awal dalam perencanaan pemasaran yaitu suatu pemahaman atas perbedaan antara strategi dan taktik (Wahyono, 2013).

C. Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis adalah suatu rencana jangka panjang yang bersifat menyeluruh, memberikan rumusan ke mana suatu organisasi/perusahaan akan diarahkan, dan bagaimana sumberdaya dialokasikan untuk mencapai tujuan selama jangka

waktu tertentu dalam berbagai kemungkinan keadaan lingkungan.

Perencanaan Strategis (*Strategic Plans*) juga merupakan suatu proses pemilihan tujuan-tujuan organisasi, penentuan strategi, kebijaksanaan, program-program strategi yang diperlukan untuk tujuan-tujuan tersebut.

Rencana strategis adalah pernyataan rencana spesifik mengenai bagaimana untuk mencapai ke arah masa depan yang akan diambil oleh entitas. Sedangkan perencanaan strategis adalah proses memutuskan program-program yang akan dilaksanakan oleh organisasi dan perkiraan jumlah sumber daya yang akan dialokasikan ke setiap program jangka panjang selama beberapa tahun ke depan. Hasil dari proses perencanaan strategi berupa dokumen yang dinamakan *strategic plan* yang berisi informasi tentang program-program beberapa tahun yang akan datang. Manajer memerlukan jenis perencanaan khusus yang disebut perencanaan strategis. Perencanaan strategis ini akan digunakan untuk menentukan misi utama organisasi dan membagi-bagi sumber daya yang diperlukan untuk mencapainya (Bryson & Einsweiler, 1988):

Ada 3 (tiga) alasan yang menunjukkan pentingnya Perencanaan Strategis :

- Perencanaan strategis memberikan kerangka dasar dalam mana semua bentuk-bentuk perencanaan lainnya yang harus di ambil.
- Pemahaman terhadap perencanaan strategis mempermudah pemahaman bentuk-bentuk perencanaan lainnya.
- Pemahaman terhadap perencanaan strategis mempermudah pemahaman bentuk-bentuk perencanaan lainnya.

Dengan adanya perencanaan strategis ini maka konsepsi perusahaan menjadi jelas sehingga akan memudahkan dalam memformulasikan sasaran serta rencana-rencana lain dan dapat mengarahkan sumber-sumber organisasi secara efektif. Sehingga dapat dikatakan bahwa perencanaan strategi dapat menentukan keberhasilan organisasi atau perusahaan.

Melakukan perencanaan strategi berarti menetapkan misi organisasi secara jelas. Perencanaan strategi memungkinkan manajer mempersiapkan diri terhadap kemungkinan terjadinya perubahan pada lingkungan organisasinya.

Perencanaan strategis tidak mengenal standar baku, dan prosesnya mempunyai variasi yang tidak terbatas. Tiap penerapan perlu merancang variasinya sendiri sesuai kebutuhan, situasi dan kondisi setempat. Meskipun demikian, secara umum proses perencanaan strategis memuat unsur-unsur (Ayuningtyas, 2013) :

1. perumusan visi dan misi,
2. pengkajian lingkungan eksternal,
3. pengkajian lingkungan internal,
4. perumusan isu-isu strategis, penyusunan strategi pengembangan (yang dapat ditambah dengan tujuan dan sasaran).

Proses perencanaan strategis tidak bersifat sekuensial penuh, tapi dapat dimulai dari salah satu dari langkah ke (1), (2), atau (3). Ketiga langkah tersebut saling mengisi. Setelah ketiga langkah pertama ini selesai, barulah dilakukan langkah ke (4), yang disusul dengan langkah ke (5). Setelah rencana strategis selesai disusun, maka diimplementasikan dengan terlebih dahulu menyusun rencana-rencana kerja (aksi/tindakan).

Ciri-Ciri Perencanaan Strategis diantaranya yaitu (Igor, 1982

: Kaufman & Harvey, 1987) :

- Memfokuskan pada pengidentifikasian dan pemecahan isu-isu strategis
- Menekankan penilaian terhadap lingkungan baik eksternal dan internal
 - Memperkirakan hal-hal baru, diskontinuitas, penuh kejutan.
 - Berorientasi pada tindakan, bersifat partisipatif, lebih empati terhadap kelemahan, kekuatan, hambatan, peluang suatu komunitas.
 - Efektif sebagai penghubung antara kebijakan yang kaku dengan tindakan nyata.
- Melibatkan peran-peran penting pembuat kebijakan.
- Mensyaratkan visi yang komprehensif.

Menurut World Health Organization (WHO), sistem kesehatan mempunyai empat fungsi pokok yaitu: stewardship regulator yaitu memberikan arahan leadership untuk promosi dan mengembangkan strategi visi, melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan, pembiayaan kesehatan dimana jumlah dana yang dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, creating and sustaining resources yang berarti membangun kapasitas baik fisik dan non fisik penyelenggaraan dan pemanfaatan penelitian kesehatan, delivering service yang berarti meningkatkan pemerataan dan status kesehatan individu dan masyarakat serta pengembangan program dan kebijakan kesehatan dari empat fungsi sistem kesehatan tersebut mempunyai tiga tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang ditunjukkan oleh parameter umur harapan hidup berkualitas, keadilan kontribusi pembiayaan kesehatan, dan tingkat ketanggapan (responsiveness). Responsiveness merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena sangat berhubungan dengan derajat kesejahteraan pasien dan untuk mengevaluasi sistem pelayanan kesehatan dengan memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat. Responsiveness merupakan satu Berdasarkan literatur yang sudah ada mengenai kepuasan pasien dan kualitas pelayanan, menjadi pedoman WHO mengidentifikasi delapan aspek mengenai responsiveness. Aspek tersebut yaitu keramahan petugas, kerahasiaan pasien, keterlibatan pasien, waktu tunggu, mudah dikunjungi, kenyamanan, pilihan terhadap pemberi pelayanan, kejelasan informasi. Jadi responsiveness suatu sistem

kesehatan akan lebih mengakui harapan penduduk mengenai bagaimana mereka diperlakukan, menjadi bagian yang penting dari pelaksanaan sistem kesehatan itu sendiri.

Di Indonesia sistem kesehatan nasional dinamakan dengan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Sejauh ini JKN telah diikuti oleh sejumlah 150 juta peserta yang menjadikan JKN sebagai sistem kesehatan nasional dengan jumlah peserta terbanyak di dunia (Kompas, 15 Agustus 2015). BPJS sebagai sistem kesehatan nasional memiliki dampak terhadap industri kesehatan dan turunannya dimana ditunjukkan dengan tumbuh pesatnya industri farmasi (Tribunnews, 08 Januari 2016). Himmelstein dan Woolhandler (1989) juga menggambarkan hal serupa bahwa adanya sistem kesehatan nasional akan berdampak positif terhadap pendapatan dari industri rumah sakit yaitu pendapatan rumah sakit. Pelaksanaan JKN di Indonesia dilakukan dengan basis INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups). INA-CBG's memberikan penggantian kepada rumah sakit sesuai dengan clinical pathway dari suatu penyakit. INA-CBG's ditentukan berdasar rata-rata pembiayaan pengobatan penyakit. Pembiayaan ini diberikan tanpa peduli berapa lama pasien dirawat. Hal ini berbeda dengan fee for service yang mengeluarkan biaya berdasarkan jumlah pelayanan, yang artinya semakin lama pasien dirawat maka pemasukan rumah sakit makin besar.

Beberapa rumah sakit menganggap bahwa sistem ini menimbulkan defisit dalam pembiayaan bagi rumah sakit (Kompas, 30 Maret 2014). Sehingga diperlukan adanya penelitian yang melakukan konfirmasi atas hasil dari penerapan JKN bagi suatu rumah sakit. Salah satu pendekatan yang bisa dilakukan untuk melihat kontribusi dari suatu sistem pendapatan dan biaya adalah dengan menggunakan *Customer Profitability Analysis*. Analisis profitabilitas pelanggan dapat membantu para manajer untuk mengidentifikasi pelanggan yang paling menguntungkan Blocher, *et al* (2010). Hal ini bisa digunakan untuk membandingkan profitabilitas antara pasien yang dirawat dengan menggunakan skema BPJS dibandingkan dengan pasien yang dirawat menggunakan skema lain.

Definisi Strategi

Strategi berasal dari bahasa Yunani kuno yang berarti "seni berperang". Secara umum strategi dapat diartikan sebagai rencana yang berskala besar dan berorientasi dengan lingkungan persaingan dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara itu Rangkuti (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental (senantiasa meningkat) dan terus menerus serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh para pelanggan dimasa depan. Manajemen strategi didefinisikan sebagai suatu seni dan ilmu untuk memformulasi, implementasi dan evaluasi keputusan-keputusan fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Definisi dari manajemen strategis bermakna sebagai suatu usaha memfokuskan manajemen untuk saling terintegrasi antara unit yang terlibat dalam organisasi, seperti pemasaran, keuangan/akuntansi, produk/operasi, penelitian pengembangan, serta sistem informasi untuk mencapai kesuksesan dan tujuan organisasi. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Pearce and Robinson (2007) bahwa manajemen strategi adalah sekumpulan keputusan dan tindakan yang dapat menghasilkan suatu perumusan dan pelaksanaan rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran organisasi. Dengan demikian maka manajemen strategi sangat menentukan keberhasilan suatu bisnis atau organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Berkaitan dengan hal tersebut Soejitno (2000) berpendapat bahwa pengembangan rumah sakit, perlu mengacu kepada:

- 1) Filosofi rumah sakit mengacu pada adagium lama bahwa pasien dan keluarganya adalah pelanggan yang wajib dipuaskan.
- 2) Dalam menggali dana kemanusiaan, rumah sakit perlu untuk merencanakan suatu program public relation dan pemasaran sosial yang sistematis.
- 3) Budaya atau citra rumah sakit perlu dijaga agar menjadi suatu institusi yang sosial dan masih harus dibantu.
- 4) Pelatihan staf harus dilakukan secara sistematis dalam mengantisipasi terhadap berbagai kemungkinan adanya perubahan.

5) Apabila diversifikasi mampu dilakukan rumah sakit diluar bisnisnya intinya. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa institusi rumah sakit tidak bisa terlepas sebagai institusi yang bersifat sosial yang membutuhkan peningkatan kompetensi karyawan, kegiatan pemasaran dan diversifikasi bisnis harus dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Lingkungan Industri

Lingkungan yang mempengaruhi proses bisnis rumah sakit seperti yang dinyatakan Soejitno (2000) dapat diilustrasikan melalui gambar 2. Berdasarkan ilustrasi tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan organisasi rumah sakit dipengaruhi oleh lingkungan langsung dan lingkungan tak langsung. Lingkungan langsung terdiri dari mitra dalam dan mitra luar, mitra dalam merupakan lingkungan internal organisasi sendiri yang terlibat langsung dalam kegiatan operasional rumah sakit. Sedangkan mitra luar terdiri dari kelompok masyarakat maupun lembaga-lembaga yang mendukung kegiatan operasional organisasi rumah sakit, tetapi mereka berada diluar lingkungan organisasi rumah sakit. Sementara yang dimaksudkan dengan lingkungan tidak langsung adalah lingkungan sosial, teknologi, ekonomi dan politik (Pearce and Robinson, 1997). Semua variabel tersebut tidak dapat dikontrol perubahannya oleh organisasi rumah sakit. Dalam kaitannya dengan penyusunan strategi, organisasi hanya bisa memprediksi atau meramalkan kondisi semua variabel tersebut dimasa yang akan datang.

Keunggulan Kompetitif

Keunggulan bersaing merupakan suatu kondisi yang menggambarkan kinerja sebuah perusahaan relatif terhadap pesaing dalam hal product marketing (Peteraf and Bearney, 2003). Penelitian tentang keunggulan kompetitif merupakan salah satu penelitian inti dalam manajemen strategik. Dalam beberapa dekade, berbagai penelitian dengan perspektif teori yang berbeda terus dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana sebuah perusahaan mampu mengembangkan strategi bersaing dibandingkan pesaingnya. Cara pandang tersebut antara lain; pencapaian posisi keunggulan bersaing superior (Bain, 1956, 1959; Porter, 1980; 1985; 1998), membangun dan mencapai sumber daya strategik superior (Amit and Schoemaker, 1993; Barney, 1986, 1991; Peteraf, 1993; Wernerfelt, 1984), serta kemampuan dalam mengatur kembali sumber daya organisasi menjadi sumber daya yang strategis dan bernilai (Eisenhardt and Martin, 2000; Teece, Pisano and Shuen, 1997). Sementara pandangan baru tentang konsep keunggulan bersaing seperti yang diungkapkan oleh Bettis and Hitt (1995) menunjukkan bahwa bentuk kompetisi yang terjadi pada berbagai macam industri saat ini menekankan kepada fleksibilitas, kecepatan dan inovasi dalam merespon perubahan lingkungan yang cukup dinamis. Namun demikian, yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa dalam upaya membangun keunggulan kompetitif, sebuah organisasi tidak terlepas dari kekuatan kunci lingkungan eksternal dan internal.

Kekuatan kunci eksternal dapat dibagi menjadi lima kategori (David, 1997) yaitu kekuatan ekonomi; kekuatan sosial, budaya, demografi; kekuatan politik, peraturan pemerintah dan hukum; teknologi, serta kekuatan pesaing. Sementara kekuatan kunci internal dapat dibagi menjadi enam kategori yaitu manajemen, pemasaran, produksi dan operasi, penelitian dan pengembangan, keuangan/akunting, serta sistem informasi. Dalam perspektif yang sama, Duncan (1995) menambahkan faktor budaya dan citra organisasi sebagai faktor kunci internal sebuah organisasi.

Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui dalam menentukan alternatif strategi pilihan tersebut. Adapun tahapan tersebut adalah tahap diagnosis/input stage, tahap penggabungan/matching stage dan tahap penerapan strategi/decision stage. Lebih lanjut, Duncan (1995) memberikan penekanan perlunya analisis terhadap visi dan misi organisasi dalam rencana pengembangan sebuah organisasi. Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen.

Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol

yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijalkannya. Aplikasi perilaku konsumen berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis. Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi konsumen yang memiliki karakter tersebut.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., "Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, "Public-Private Partnership: Illustrative Examples", diakses dari search in www.yahoo.com.
"Peluang Kesehatan di Era Ekonomi", diakses dari www.aplcare.com.
- "Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi", diakses dari www.bkkbn.go.id.
- "Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat", diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., "Public-Private Partnership for Public Health", artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, "Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan", diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, "Public Private Services Team Up", diakses dari search in www.yahoo.com.
Thomas, A., dan Valerie Curtis, "Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice", diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, "Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never", diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, "Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta", diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.

- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Universitas
Esa Unggul



MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK353)

SESI 13
KODE ETIK PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL
(FIKES 5661)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Etika Promosi dan Pemasaran di Pemasaran dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat Etika Promosi dan Pelayanan di Pemasaran Provider Pelayanan Kesehatan

B. Uraian dan Contoh

Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
2. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
3. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

Topik Perkuliahan : Strategi Pemasaran di Pelayanan Kesehatan

Uraian :

PEDOMAN ETIKA PROMOSI PEMASARAN DI PELAYANAN KESEHATAN

Rumah Sakit khususnya merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan yang langsung berhadapan dengan masyarakat yang menggunakannya, selain itu rumah sakit dalam seluruh jaringan pelayanan kesehatan merupakan tempat rujukan, sehingga rumah sakit diharapkan dapat melakukan pelayanan yang dapat terjangkau oleh masyarakat dengan pelayanan yang baik serta mutu yang terjamin. Rumah sakit dalam memperkenalkan pelayanannya kepada masyarakat juga memerlukan promosi, sehingga masyarakat dapat mengetahui informasi yang jelas dan benar terhadap produk pelayanan kesehatan yang akan diberikan oleh rumah sakit.

Namun, rumah sakit dalam melakukan promosinya perlu dengan rambu-rambu etika yang harus ditaati, sehingga tetap menjunjung tinggi jati diri rumah sakit sebagai institusi yang memiliki fungsi sosial. Adapun buku Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit ini akan menjadi alat bantu bagi setiap rumah sakit dalam melakukan promosi rumah sakit. Dalam menyambut baik atas prakarsa Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia untuk menyusun buku Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit ini yang dalam pembahasannya juga melibatkan organisasi lain.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena Tim Penyusun Pedoman Etika Rumah Sakit yang dibentuk oleh PERSI telah menyusun buku “Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit”. Promosi merupakan sarana komunikasi dan pemasaran dan produsen kepada konsumen yang dilaksanakan secara jujur, bertanggungjawab dan tidak bertentangan dengan hukum dan etika yang berlaku. Unsur jujur dan bertanggungjawab adalah menjadi komitmen dan setiap yang berpromosi kepada calon konsumen mengenai integritas produk yang dipromosikan. Rumah Sakit sebagai salah satu tempat pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang memiliki karakteristik tersendiri juga memerlukan promosi

untuk memperkenalkan jasa pelayanan kepada masyarakat, sehingga masyarakat mendapatkan informasi yang jelas dan benar tentang pelayanan kesehatan yang diperlukannya di rumah sakit tersebut. Sesuai dengan jatidiri rumah sakit sebagai instansi yang memiliki fungsi sosial, Pedoman Etika Rumah Sakit ini penuh dengan rambu-rambu etika yang harus ditaati sehingga dalam melakukan promosinya rumah sakit tetap menjunjung tinggi jatidirinya sebagai institusi sosial. Secara khusus Tim Penyusun Pedoman Etika Rumah Sakit yang telah berhasil menyusun buku ini saya mengucapkan banyak terima kasih, disertai harapan semoga buku Pedoman Etika Rumah Sakit ini dapat membantu para pengelola rumah sakit dalam melakukan promosi dengan baik sehingga masyarakat dapat memperoleh informasi yang diperlukannya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan bimbingan dan lindungannya kepada kita sekalian.

Di era keterbukaan seperti saat ini, promosi rumah sakit merupakan hal yang diperlukan. Di waktu yang lalu, kata promosi merupakan hal yang tabu dalam memperkenalkan pelayanan yang diberikan sebuah institusi kesehatan. Namun dengan semakin gencarnya promosi yang dilakukan oleh rumah sakit - rumah sakit dan negara lain untuk memperkenalkan pelayanannya kepada masyarakat Indonesia, maka dipandang perlu untuk menelaah kembali perlunya promosi bagi rumah sakit - rumah sakit di Indonesia. PERSI sebagai wadah perhimpunan rumah sakit di Indonesia dan Makarsi (Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit) memandang perlu untuk membuat sebuah pedoman etika yang dapat digunakan oleh rumah sakit di Indonesia dalam melakukan promosi. Untuk menyusun pedoman etika promosi rumah sakit tersebut; maka Pengurus Pusat PERSI membentuk Tim Penyusun Pedoman Etika Rumah Sakit ini untuk rumah sakit di Indonesia dalam melakukan promosi hanya berpedoman kepada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia yang belum memuat aturan yang jelas mengenai bagaimana rumah sakit dalam melakukan promosi yang baik mengenai pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Di lain pihak masyarakat memerlukan informasi yang diperlukan dalam mempertimbangkan pelayanan kesehatan yang diperlukannya. Setelah melalui bahasan serta rangkaian diskusi dengan dihadiri oleh PB IDI (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia), PB PDGI (Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi seluruh Indonesia), MKEK IDI Pusat (Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia Pusat), MKEK IDI DKI (Majelis Kehormatan Etika Kedokteran Ikatan Dokter Indonesia DKI), ISFI (Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia), Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan, Badan POM, PPPI (Persatuan Perusahaan Periklanan Indonesia), Matari Communication Inc., GAKESLAB (Gabungan Perusahaan Alat-alat Kesehatan dan Laboratorium) maka lahirlah pedoman ini. Sangat disadari bahwa pedoman etika promosi ini masih jauh dari sempurna namun pedoman etika promosi ini diharapkan dapat membantu dan menjadi pegangan bagi seluruh rumah sakit di Indonesia dalam melakukan promosi yang beretika, sehingga dapat memberikan informasi yang diperlukan oleh masyarakat.

Harapannya semoga Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit ini dapat berguna bagi pengembangan dan peningkatan pelayanan rumah sakit di seluruh Indonesia.

PENDAHULUAN

Etika promosi rumah sakit saat ini masih dirasakan “tabu” karena kata promosi tersebut dikonotasikan dengan arti membujuk serta mengarahkan seseorang agar mengunjungi rumah sakit tertentu. Padahal sebagaimana yang telah kita ketahui, promosi merupakan salah satu media yang sangat baik bila promosi tersebut sesuai dengan kondisi sesungguhnya rumah sakit tersebut, jujur, informatif, mendidik, dan dapat membuat seseorang lebih jelas dan memahami tentang pelayanan kesehatan yang akan mereka dapatkan. Di sisi lain, Indonesia sudah dijadikan ajang promosi bagi rumah sakit dari negara lain. Selain menerapkan kampanye periklanan di Indonesia, rumah sakit tersebut juga melakukan beragam cara berkomunikasi melalui kegiatankegiatan kehumasan (public relations) dan lini bawah (below the line) secara gencar dan berkelanjutan, untuk mendapatkan sebanyak mungkin konsumen di Indonesia.

Berubahnya nilai-nilai secara global dan masuknya negara kita ke alam persaingan global, mengharuskan kita mengubah paradigma tentang rumah sakit. Saat ini, rumah sakit tidak bisa lagi dipandang hanya sebagai institusi sosial belaka, tetapi sudah menjadi institusi yang bersifat sosio ekonomis. Dengan paradigma baru ini maka kaidah-kaidah bisnis juga berlaku bagi “industri” rumah sakit, tanpa harus meninggalkan jatidiri rumah sakit sebagai institusi sosial yang sarat dengan norma, moral dan etika. Saat ini, di Indonesia belum ada pedoman pengiklanan yang jelas bagi rumah sakit sementara kebutuhan akan pedoman pengiklanan tersebut sangat diperlukan agar rumah sakit-rumah sakit di Indonesia mampu bersaing dengan pelayanan rumah sakit luar negeri.

Oleh karena itu, sudah saatnya rumah sakit di Indonesia berpromosi agar masyarakat kita mendapatkan informasi yang cukup mengenai jenis pelayanan maupun fasilitas yang ada di sebuah rumah sakit. Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan membutuhkan media promosi untuk memberikan informasi yang dibutuhkan oleh masyarakat. Namun pelayanan rumah sakit merupakan jenis pelayanan yang unik dan berbeda bila dibandingkan dengan bidang jasa pelayanan yang lainnya. Pedoman etik yang jelas sangat diperlukan dalam melakukan promosi bagi rumah sakit sehingga pedoman etik yang dibuat dapat menjadi acuan bagi rumah sakit dalam melakukan promosi. Saat ini, di Indonesia belum ada pedoman promosi yang jelas bagi rumah sakit, sementara kebutuhan akan pedoman promosi tersebut sangat diperlukan agar rumah sakit-rumah sakit di Indonesia mampu bersaing dengan pelayanan rumah sakit luar negeri. Dengan demikian, dirasakan perlu untuk menyusun satu pedoman yang bersifat self regulating, sehingga komunitas rumah sakit dapat mengatur dirinya sendiri.

Dengan sifat self regulations ini, beberapa hal perlu dicatat : Kepentingan rumah sakitl anggota PERSI untuk melakukan promosi menjadi terlindungi. Masyarakatpun terlindungi terhadap promosi yang “menyesatkan”.

PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan promosi rumah sakit adalah salah satu bentuk dan pemasaran rumah sakit (Hospital Marketing), dengan cara penyebarluasan informasi tentang jasa pelayanan rumah sakit serta kondisi rumah sakit itu sendiri secara jujur, mendidik, informatif dan dapat membuat seseorang memahami tentang pelayanan kesehatan yang akan didapatkannya.

DASAR HUKUM

- a. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
- b. Perundang-undangan R.I yang mengacu kepada “Tata Krama dan Tata Cana Perildanan Indonesia yang Disempurnakan” 19 Agustus 1996 berbunyi “Jasa jasa pengobatan dan perawatan, termasuk klinik-klinik spesialis tidak boleh diiklankan, kecuali merupakan pengumuman tentang buka, tutup, dan pindah praktek, sesuai dengan Kode Etik Profesi masing-masing.
- c. KODERSI 2001, Bab VI, Lain-lain, Pasal 23 ; Rumah Sakit dalam melakukan promosi pemasaran barns bersifat informatif, tidak komparatif, berpijak path dasar yang nyata, tidak berlebihan, dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Dengan penjelasan sebagai berikut : Dalam pelayanan kesehatan konsep “pemasaran” (marketing) nampaknya lebih berkonotasi negatifdani pada positif, karena membangkitkan pemikiran ke arah promosi perildanan dan penjualan (sales), padahal sanipati pemasaran adalah komunikasi. Dengan demikian promosi sebagai alat pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dan lebih merupakan penyuluhan yang bersifat informatif, edukatif, preskriptif dan preparatif bagi khalayak ramai umumnya dan pasien khususnya.
- d. Keputusan Rapat Kerja Nasional MAKERSI tanggal 23 Juli 2005 di Semarang.

TUJUAN

Mewujudkan pedoman promosi rumah sakit sesuai dengan tata cara dan tata krama periklanan Indonesia yang berlandaskan kepada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) untuk ditaati dan dilaksanakan oleh seluruh rumah sakit yang berada di wilayah Republik Indonesia.

ASAS UMUM

1. Promosi harus jujur, bertanggung jawab dan tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku
2. Promosi tidak boleh menyinggung perasaan dan merendahkan martabat negara, agama, tata susila, adat, budaya, suku, dan golongan.
3. Promosi harus dijiwai oleh asas persaingan yang sehat.
4. Promosi yang dilakukan harus tetap memiliki tanggung jawab sosial;a.Layanan yang ditawarkan harus profesional dan bermutu. Setiap institusi/ pelaku layanan kesehatan harus selalu mengacu kepada etika profesi dan etika rumah sakit, serta bekerja sesuai pedoman dan standar layanan yang ada.b. Tarif layanan yang ditawarkan wajar dan dapat dipertanggung jawabkan serta memperhatikan ketentuan yang ada.c.Layanan yang ditawarkan harus merata dan ditujukan kepada seluruh anggota masyarakat.d. Layanan yang ditawarkan harus mampu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pengguna layanan.
5. Promosi layanan kesehatan adalah fundamental, yang mengacu kepada :
 - a.Falsafah promosi, setiap institusi/pelaku Layanan kesehatan harus berada pada koridor kompetisi yang sehat.
 - b.Misi promosi, tidak hanya ditujukan untuk meningkatkan pengguna jasa (yang sekaligus akan meningkatkan pendapatan), akan tetapi juga harus sejalan dengan manfaat sosialnya.
 - c.Sistem promosi, bukan hanya menjual, tetapi sekaligus akan meningkatkan pengetahuan anggota masyarakat untuk memilih bentuk layanan kesehatan yang paling tepat bagi dirinya.
6. Secara umum promosi harus bersifat :
 - Informatif :memberikan pengetahuan mengenai hal ihwal yang ada relevansinya dengan berbagai pelayanan dan program rumah sakit yang efektif bagi pasien / konsumen.
 - Edukatif :memperluas cakrawala khalayak ramai tentang berbagai fungsi dan Program rumah sakit, penyelenggaraan
 - Preskriptif :Pemberian petunjuk-petunjuk kepada khalayak ramai umumnya dan pasien khususnya tentang peran pencari pelayanan kesehatan dalam proses diagnosis dan terapi
 - Preparatif :membantu pasien/keluarga pasien dalam proses pengambilan keputusan Kesemuanya mi hams dibenikan secara kongkret dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

PENJELASAN

1. Promosi harus jujur, bertanggungjawab dan tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku
 - a.Jujur.Promosi tidak boleh menyesatkan, antara lain dengan memberikan keterangan yang tidak benar, mengelabui dan memberikan janji yang berlebihan
 - b.Bertanggung jawab.Promosi tidak boleh menyalahgunakan kepercayaan dan merugikan masyarakat.
 - c.Bobot tanggungjawab menurut peran pelaku.Setiap komponen pemasar, pengiklan, perusahaan periklanan, dan media periklanan mempunyai tanggung jawab menurut peran dan bobot keterlibatan masing-masing dalam penciptaan dan penyebaran pesanpesan promosi.Pengiklan ;bertanggungjawab atas benarnya informasi tentang produk yang diberikan kepada perusahaan peiklanan. Termasuk ikut memberi arah, batasan dan masukan pada pesan iklan, sehingga tidak terjadi janji yang berlebihan ('overclaim') atas kemampuan nyata produk.
 - d.Tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku.Promosi harus mematuhi semua Undang-undang dan peraturan yang berlaku.
 - e.Tidak bertentangan dengan kode etik profesi.

Promosi yang mengandung kaitan dengan profesi tertentu harus mematuhi kode etik profesi tersebut.

1. Isi promosi :kebenaran atas pernyataan atau janji mengenai suatu produk harus dapat dipertanggungjawabkan.
2. Promosi tidak boleh menyinggung perasaan dan /atau merendahkan martabat negara, agama, tata susila, adat, budaya, suku, dan golongan. Tidak menyinggung perasaan :a.Promosi harus berselera baik dan pantas.b. Promosi harus menggunakan bahasa yang baik dan peristilahan yang

tepat.ii.Agama / KepercayaanPromosi tidak boleh merendahkan dan/atau mencemoohkan agama / kepercayaaniii.Tata susila, adat dan budaya:Promosi tidak boleh melanggar norma-norma tata susila, adat, dan budaya bangsa.iv.Suku dan golongan:Promosi tidak boleh menyinggung atau mempertentangkan suku / golongan.v.Pahlawan, monument, dan lambang-lambang kenegaraan Promosi tidak boleh menggunakan pahlawan, monument, dan lambanglambang kenegaraan secara tidak layak.Promosi harus dijiwai oleh asas persaingan yang sehat.Penggunaan kata-kata yang berlebihan Promosi tidak boleh menggunakan kata-kata “ter”, “paling”, “nomor satu” dan atau sejenisnya tanpa menjelaskan dalam hal apa keunggulannya itu, dan harus dapat membuktikan sumber-sumber otentik pernyataan tersebut. Perbandingan langsung :a.Promosi tidak dibenarkan mengadakan perbandingan langsung dengan menampilkan merek dan atau produk pesaing.b. Perbandingan tidak langsung harus didasarkan pada kriteria yang tidak menyesatkan konsumen.i.Merendahkan:Promosi tidak boleh secara langsung ataupun tidak langsung merendahkan produk-produk lain.ii.PeniruanPromosi tidak boleh meniru iklan lain sedemikian rupa, sehingga menimbulkan kesan yang akan/dapat membingungkan atau menyesatkan konsumen. Peniruan tersebut meliputi merek dagang, logo, komposisi huruf dan gambar serta slogan

ASAS KHUSUS

1. Harus selalu tetap mencerminkan jatidiri rumah sakit sebagai institusi yang memiliki tanggung jawab sosial.
2. Penampilan tenaga profesi.Dokter, ahli farmasi, tenaga medis, dan paramedis lain atau atribut-atribut profesinya tidak boleh digunakan untuk mengiklankan jasa pelayanan kesehatan/rumah sakit dan alat-alat kesehatan.
3. Menghargai hak-hak pasien sebagai pelanggan

MEDIA PROMOSI

1. Promosi dilakukan di dalam rumah sakitUntuk masyarakat pengunjung rumah sakit a.Brosur / leaflet;b. Bukusaku;c.TV/Home Video;d. Majalah dinding;e.CCTV;f.CD;g.Spanduk;h. Umbul-umbul;i.Seminar untuk awam;j.Ceramah/pertemuan;k.Poster;l.Audiovisual;m. Majalah rumah sakit;n. Pameran;o.Gathering pasien;p. Kemasan produk (paket melahirkan & mendapatkan tas bayi).
2. Promosi dilakukan diluar rumah sakita.Media cetak;b. Kegiatan sosial;c.Website;d. Pameran perdagangan;e.Press release;f.Advertensi;g.Billboard;h. Telepon, sms, email, direct mail.

MATERI DAN BENTUK PROMOSI

Yang Boleh Dilakukan

a.Menyampaikan informasi tentang;i.Letak rumah sakit;ii.Jenis dan kapasitas rumah sakit;iii.Kemudahan-kemudahan yang dapat diperoleh terkait dengan pelayanan rumah sakit;iv.Fasilitas pelayanan yang dimiliki dengan sarana pendukung/ penunjangnya;v.Kualitas dan mutu pelayanan yang telah dicapai seperti ♣Telah mengikuti dan lulus akreditasi. ♣Telah mendapatkan sertifikat ISO dan lain-lain. ♣Telah mendapatkan award dalam pelayanan.b. Informasi dibenikan dalam bentuk: Wawancara untuk cover story oleh media cetak dapat diberikan penjelasan bersifat informasi dan edukasi tentang jenis pelayanan yang dapat diberikan, sejarah rumah sakit, fasilitas, lokasi, dan cara menghubungi rumah sakit tersebut (alamat, nomor telepon, fax, e-mail, website dil) dapat disertakan foto peralatan foto fasilitas kamar rawat map, fasilitas rawat jalan, fasilitas OK, foto ruangan, foto direktur, foto tampak depan rumah sakit.ii.Leaflet dan brosur (di rumah sakit, seminar, tidak di tempat umum): ♣Penjelasan tentang biaya harus jelas dan harus disebutkan biaya tersebut mencakup jenis pelayanan apa saja. ♣Harga dapat ditulis tetapi tidak membandingkan dengan harga sebelumnya. ♣Bila memang lebih murah maka dapat ditulis harga khusus. ♣Dapat pula menyebutkan nama dan keahlian dokter serta jam praktek. ♣Bila ada penjelasan yang lebih detail dapat ditulis : Untuk keterangan lebih

lanjut, anda dapat menghubungi petugas rumah sakit.iii.Siaran radio atau televisi, dapat mengumumkan kegiatan seminar atau melakukan talk show dengan ketentuan dokter hanya menyampaikan masalah teknis medis dan humas rumah sakit / petugas yang ditunjuk dapat mempromosikan fasilitas dan sarana rumah sakit.iv.Melalui kegiatan sosial misalnya pemberian bantuan pengobatan, bantuan tenaga kesehatan, bantuan makanan atau bantuan uang.v.Website yang dibuat dengan tampilan yang menarikvi.Pameran perdagangan misalnya pameran Audiovisual, lab gratis, spanduk, ceramah, poster.vii.Press Release peliputan event, press conference.viii.Advertensi: ♣Iklan tentang corporal. ♣Iklan tentang produk ♣Advertorial tanpa menulis nama dokter, jam praktek dokter dan pengalaman dokter.ix.Billboard hanya berupa petunjuk arah.x.Telepon, sms, e-mail, direct mail hanya untuk relasi, pasien, dan mantan pasien.c.Lain-lain: 1.Program khusus potongan harga, namun tidak dari rumah sakit. Misalnya dengan menggunakan kartu kredit bank tertentu biaya lebih murah 5%2.Rumah sakit dapat menjadi sponsor kegiatan, jalan sehat dll.Yang Tidak Boleh DilakukanMateri informasi yang disampaikan sebagai berikut:.Bila belum terbukti kebenarannya (belum evidence-based).i.Membandingkan dengan institusi lain.ii.Pernyataan yang bersifat memuji diri sendiri (laudatory)misalnya : hanya satu-satunya, yang pertama, terbaik dan pernyataan lain yang sejenis.iii.Membujuk misalnya dengan kalimat seperti diskon, 5 kali berobat, 1 kali gratisiv.Mencantumkan prestasi dan reputasi dokter, misalnya sudah berpengalaman sekian tahun dan mempunyai reputasi internasional, baru pulang belajar di luar negeri, dan sebagainya.v.Menjanjikan hasil pelayanan / pengobatan.vi.Menyesatkan pasien dengan pernyataan yang tidak sesuai dengan kenyataan.vii.Menggunakan referensi dan organisasi kesehatan/RS/dokter pribadi, misalnya: di rumah sakit kami telah digunakan alat tertentu untuk 100 kasus dengan keberhasilan 90%Bentuk informasi yang disampaikan berupa:.Testimoni pasien;i.Larangan peniklanan yang sudah berlaku secara umumii.Praktek percaloan;iii.Mengiklankan rumah sakit di radio / TV / Bioskop

iv.Memasang iklan pada brosur supermarket, buku cerita, dan sebagainya;v.Melakukan promosi door to door, di jalan raya, tempat-tempat umum, transportasi umum seperti membagikan brosur, booklet, leaflet, kemasan produk, bahan audiovisual, sampel produk, dan presentasi penjualan;vi.Melakukan Talk Show yang didampingi oleh perusahaan obat;vii.Promosi alat kesehatan yang ada di rumah sakit.

Hal-Hal Lain

RS luar negeri berpromosi dengan pembicara dokter luar negeri tanpa kerjasama dengan IDI, PERSI, DEPKES, Instansi terkait, tidak diperkenankan hal ini untuk melindungi masyarakat.1.Agensi rumah sakit asing bila ingin berpromosi di Indonesia harus bekerja sama dengan sepengetahuan organisasi profesi dan PERSI.2.Pembuatan film disekitar rumah sakit;a.personil rumah sakit tidak terlibatb.nama rumah sakit hanya dicantumkan pada bagian akhir film.

PENYELENGGARA/ PELAKSANA PROMOSI

Promosi rumah sakit dapat diselenggarakan oleh:1. Pihak rumah sakit sendiri;2. Perusahaan periklanan;3. Pihak-pihak lain dengan tetap mengacu kepada pedoman ini.PENGAWASAN & PEMBINAAN1. Dilakukan oleh : Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan PERSI.2. MAKERSI secara khusus melakukan pemantauan dalam pelaksanaan sehari-hari.

PELANGGARAN

Pelanggaran terhadap pedoman ini akan diberikan sanksi etik berupa:

1. Teguran lisan/maupun tertulis oleh MAKERSI.
2. Informasi kepada masyarakat lewat media masa.

3. Rekomendasi kepada yang berwenang untuk meninjau kembali ijin rumah sakit. PENUTUP Etika merupakan hal yang bersifat dinamis dan tidak statis. Etika selalu dipengaruhi oleh perkembangan nilai-nilai yang ada di masyarakat serta perkembangan ilmu dan teknologi. Demikian pula yang terjadi pada etika promosi rumah sakit, sehingga tidak tertutup kemungkinan pedoman etika promosi rumah sakit ini berubah sesuai dengan kebutuhan serta perkembangan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, evaluasi secara berkala terhadap pedoman etika promosi rumah sakit ini sangat diperlukan agar tetap sesuai dengan kebutuhan penyedia dan pengguna pelayanan kesehatan.

Apabila di kemudian hari diperlukan adanya perubahan atau ditemukan adanya hal-hal yang perlu diperbaiki dalam pedoman etika promosi rumah sakit ini, akan dikeluarkan kebijakan atau petunjuk oleh MAKERSI

1. Konsep Perencanaan Strategi Pelayanan Kesehatan di PPK

Salah satu fungsi manajemen yang paling utama adalah perencanaan karena dari fungsi tersebutlah fungsi-fungsi lain disusun. Perencanaan merupakan cetak biru untuk pencapaian tujuan yang memuat pengalokasian sumberdaya yang dibutuhkan, jadwal, tugas-tugas dan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilaksanakan terkait dengan pencapaian tujuan tersebut. Dapat dikatakan bahwa sebuah rencana merupakan jembatan yang dibangun untuk menghubungkan antara masa kini dengan masa datang yang diinginkan, karena perencanaan adalah mempersiapkan masa depan. Masa depan memang akan datang dengan sendirinya, tapi tanpa perencanaan masa depan tersebut mungkin bukan masa depan yang kita inginkan.

Dalam manajemen, perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan tak akan dapat berjalan (Andriyani, 2015).

2. Merumuskan Tujuan Promosi untuk sebuah Rencana Pemasaran

Sebelum sebuah rencana kerja dapat disusun, hal yang pertama yang harus dirumuskan adalah sasaran-sasaran apa yang hendak dicapai. Sasaran-sasaran tersebut dapat dirunut dari visi dan misi yang dirumuskan oleh organisasi. Melalui misi organisasi kita dapat mengetahui untuk tujuan apa organisasi itu didirikan dan mengapa organisasi itu ada. Misi merupakan dasar bagi tujuan dan garis besar perencanaan dalam keseluruhan organisasi. Oleh karenanya dalam menyusun sebuah perencanaan yang efektif, seorang manajer harus memastikan bahwa kebijakan-kebijakan internal, peran-peran organisasional, kinerja, struktur organisasi, produk yang dihasilkan, dan keseluruhan operasional organisasi tetap sejalan dengan misi organisasi.

- Rumusan tujuan harus jelas dan spesifik dan sebisa mungkin menggunakan kalimat kuantitatif agar mudah mengukurnya.
- Tujuan tersebut harus mencakup hasil sektor-sektor kunci. Karena tujuan atau sasaran tidak mungkin disusun berdasarkan hasil kerja orang perorang, maka sasaran tersebut dibuat berdasarkan hasil dari kontribusi persektor/perbagian.
- Tujuan harus mampu memberikan tantangan untuk mencapainya, namun bukan berarti harus sangat sulit untuk dicapai.
- Tujuan harus memiliki tenggat waktu yang jelas untuk mencapainya
- Tujuan mestinya dikaitkan juga dengan penghargaan bagi yang mencapainya.

Robbins S dan Mary C., mengemukakan banyak tujuan perencanaan. Tujuan pertama adalah untuk memberikan pengarahan baik untuk manajer maupun karyawan nonmanajerial. Dengan rencana, karyawan dapat mengetahui apa yang harus mereka capai, dengan siapa mereka harus bekerja sama, dan apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi. Tanpa rencana, departemen dan individual mungkin akan bekerja sendiri-sendiri secara serampangan, sehingga kerja organisasi kurang efisien (Robbins & Mary, 2005).

Tujuan kedua adalah untuk mengurangi ketidakpastian. Ketika seorang manajer membuat rencana, ia dipaksa untuk melihat jauh ke depan, meramalkan perubahan, memperkirakan efek dari perubahan tersebut, dan menyusun rencana untuk menghadapinya.

Tujuan ketiga adalah untuk meminimalisir pemborosan. Dengan kerja yang terarah dan terencana, karyawan dapat bekerja lebih efisien dan mengurangi pemborosan. Selain itu, dengan rencana, seorang manajer juga dapat mengidentifikasi dan menghapus hal-hal yang dapat menimbulkan inefisiensi dalam perusahaan.

Tujuan yang terakhir adalah untuk menetapkan tujuan dan standar yang digunakan dalam fungsi selanjutnya, yaitu proses pengontrolan dan pengevaluasian. Proses pengevaluasian adalah proses membandingkan rencana dengan kenyataan yang ada. Tanpa adanya rencana, manajer tidak akan dapat menilai kinerja perusahaan. Perencanaan memberikan arah tindakan saat ini yang terfokus pada pencapaian tujuan yang kita impikan di masa yang akan datang. Melalui perencanaan kita dapat mengantisipasi perubahan lingkungan dan memperkirakan risikonya sambil terus menyesuaikan tindakan/aktifitas dengan tujuan yang hendak kita capai. Karena pentingnya fungsi perencanaan, maka dalam dunia militer dikenal idiom diatas,

Manfaat Perencanaan Strategis

Perencanaan memberikan manfaat yang sangat besar dalam pencapaian tujuan, manfaat-manfaat yang diberikan tersebut diantaranya adalah :

- f. Memberikan arah tindakan pada organisasi. Tanpa rencana yang memiliki tujuan sebuah organisasi tidak akan sampai kemanapun.
- g. Memfokuskan perhatian pada sasaran-sasaran dan hasil-hasil yang hendak dicapai. Rencana membantu baik manajer dan maupun karyawan untuk memusatkan perhatian mereka pada sebuah gambaran besar yang disebut rencana.
- h. Menetapkan dasar bagi kerjasama tim. Sebuah rencana mengintegrasikan berbagai bagian/unit dalam organisasi untuk mencapai tujuan yang sama.
- i. Membantu mengantisipasi permasalahan dengan memperhitungkan situasi dan perubahan lingkungan yang akan terjadi.
- j. Rencana juga memberikan arahan dalam pembuatan keputusan. Keputusan selalu berorientasi ke masa depan, jika manajemen tidak memiliki rencana untuk masa depan maka keputusan keputusan yang dibuatpun hanya sedikit yang dapat berorientasi ke masa depan.

Merupakan prasyarat bagi terlaksananya fungsi-fungsi manajemen yang lain. Melalui perencanaan, manajemen akan mengetahui pengorganisasian apa yang harus ditangani, karyawan apa dan bagaimana yang dibutuhkan, bagaimana memimpin, memotivasi karyawan, dan seterusnya.

Fungsi Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu fungsi penganalisaan tujuan yang telah di tetapkan terlebih dahulu menjadi urutan tindakan yang sistematis. Perencanaan merupakan suatu organisasi adalah suatu proses yang berkesinambungan, tidak akan pernah berhenti, karena organisasi akan terus menghasilkan tujuan-tujuan yang ingin dicapai oleh unit-unit pelaksanaan.

Fungsi perencanaan (Purwanto, 2007) meliputi :

3. *Forecasting* (peramalan)

Perencanaan harus dapat meramalkan, memperhatikan waktu yang akan datang tentang keadaan pasar, konsumen, kebijakan pemerintah dan lain-lain.

4. *Establishing objectives* (pemograman)

Perencanaan harus menetapkan prosedur kegiatan-kegiatan yang diperlukan, biaya-biaya yang diperlukan untuk setiap kegiatan demi tercapainya tujuan yang diinginkan.

- *Scheduling* (penjadwalan)
- *Budgeting* (anggaran).
- *Developing prosedur* (pengembangan prosedur)
- *Establishing and interpreting policies* (penetapan dan penafsiran kebijakan).

Jenis Perencanaan

Perencanaan banyak jenisnya, untuk keberhasilan dalam menjalankan suatu program atau kegiatan, maka perlu dipahami berbagai jenis perencanaan. Jenis perencanaan yang dimaksud adalah (David, 2006):

- j. Perencanaan yang disengaja, bersifat nasional dan objektif.
- k. Perencanaan yang berorientasi pada proses, perencanaan yang tidak berisolasi dengan kegiatan fungsi manajemen lain yang sifatnya kontinu atau berulang-ulang sesuai siklus organisasi.
- l. Perencanaan yang natural, dimana perencanaan tegas dari seluruh anggota organisasi dan memberikan masukan.
- m. Perencanaan multi dimensi, perencanaan dibuat dalam berbagai bentuk ukuran disesuaikan dengan masalah yang terkait sesuai dengan level organisasi.
- n. Menurut jangka waktu berlakunya rencana, dapat dibedakan menjadi tiga macam yakni perencanaan jangka panjang, perencanaan jangka menengah, perencanaan jangka pendek.
- o. Menurut frekuensi penggunaan rencana yang dihasilkan perencanaan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni perencanaan yang digunakan satu kali (*single-use planning*) dan perencanaan yang digunakan berulang kali (*repeat-use planning*)
- p. Menurut tingkatan rencana, perencanaan dibedakan menjadi tiga macam yakni perencanaan induk (*master planning*), perencanaan operasional (*operational planning*) dan perencanaan harian (*day-to-day planning*).
- q. Menurut orientasi waktu pada waktu melaksanakan perencanaan, maka perencanaan dapat dibedakan menjadi dua macam yakni perencanaan orientasi masa lalu-kini (*ameliorative planning*) dan perencanaan yang berorientasi masa depan, dengan ciri bersifat besar, kemudian berorientasi pada strategi dengan memakai variabel-variabel lingkungan.
- r. Menurut ruang lingkup rencana yang dihasilkan ada empat macam yaitu perencanaan strategik, perencanaan taktis, perencanaan menyeluruh dan perencanaan terpadu.

. Lingkup dan Jenis Perencanaan

Perencanaan sebagai salah satu fungsi pokok manajemen pasti dilakukan oleh manajer pada semua tingkatan, meski skala atau lingkup rencananya berbeda sesuai dengan level manajerialnya. Kendati menyusun rencana yang sifat dan lingkungannya berbeda, setiap manajer harus mengkoordinasikan rencananya dengan rencana yang bersifat lebih luas agar tidak terjadi kontradiksi penetapan tujuan antar unit kerja dan antar bagian yang lebih tinggi. Memilahkan lingkup rencana tersebut adalah untuk membentuk sebuah mata rantai Sarana -Tujuan yang menghubungkan antara aktifitas organisasi sehari-hari dengan pencapaian tujuan secara keseluruhan (Kertajaya, 2008). Mata rantai Sarana-Tujuan tersebut dibentuk dalam level perencanaan adalah sebagai berikut (Kertajaya, 2008) :

- 5. Rencana Strategis yang merupakan perencanaan jangka panjang yang bersifat umum dan di dalamnya mencakup pengembangan misi organisasi, serta tujuan-tujuan pokok yang akan dicapai organisasi secara keseluruhan. Top Level Manajer adalah yang bertanggung-jawab dan berkepentingan dengan perencanaan ini.
- 6. Rencana Taktis merupakan rencana yang menjabarkan Rencana Strategik menjadi rencana dengan target-target spesifik yang harus dicapai oleh setiap divisi. Oleh karenanya memuat tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana cara melakukannya dan siapa yang bertanggungjawab pada setiap divisinya, dan yang bertanggungjawab untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan taktis spesifik harus disusun dalam rencana taktis ini adalah manajer tingkat menengah yang membawahi divisi-divisi spesifik.
- 7. Rencana Operasional merupakan rencana jangka pendek atau rencana tahunan yang merupakan jabaran lebih rinci dari Rencana Strategik per-unit kerja. Rencana Operasional adalah *blueprint* rencana tindakan sesungguhnya dari setiap unit kerja dalam satu tahun kerja, oleh karenanya juga disebut sebagai Rencana Sekali Pakai (*Single-use Plans*) . Di dalam rencana operasional tercakup aktifitas apa yang harus dilakukan, jadwal kerja, penanggungjawab, dan lain-lain. Anggaran penerimaan dan belanja organisasi juga termasuk dalam katagori ini. Kontinjensi. Rencana ini adalah rencana yang dikembangkan sebagai antisipasi jika rencana semula yang telah dibuat ternyata gagal mencapai tujuan atau bahkan tidak dapat dilaksanakan kerana berbagai sebab. Organisasi-organisasi besar biasanya memiliki rencana kontinjensi, karena bagaimanapun telitinya seorang manajer dalam mempertimbangkan berbagai aspek dalam perencanaannya, situasi lingkungan bisa berubah.
- 8. *Continuining or Ongoing Plans*, adalah bentuk rencana yang dibuat untuk kepentingan beberapa tahun

dengan kemungkinan revisi atau pembaruan secara periodic, dan yang termasuk *Ongoing Plans* ini adalah :

- c. Kebijakan, yang merupakan arahan umum yang harus diikuti oleh para manajer manakala menangani masalah yang berkaitan dengan wilayah-wilayah penting dalam pembuatan keputusan (misalnya kebijakan kepegawaian dan pengelolaan sumberdaya manusia, kebijakan kenaikan upah/gaji, dan sebagainya)
- d. Prosedur, yakni petunjuk langkah demi langkah yang menjelaskan bagaimana suatu aktifitas harus dilakukan. Prosedur memberikan standarisasi penanganan untuk aktivitas-aktivitas yang dilakukan secara berulang (misalnya tentang prosedur penilaian kerja, prosedur pembuatan laporan keuangan, prosedur pemesanan barang, dll).

Aturan, yakni pernyataan yang secara eksplisit memberikan batasan pada karyawan tentang apa yang boleh atau tidak boleh mereka lakukan saat bekerja (misalnya larangan absen atau bahkan datang terlambat ke tempat kerja, dll, aturan-aturan yang secara eksplisit juga dicantumkan pada saat calon karyawan menandatangani kontrak kerja, dll).

Kendala dalam Perencanaan Etika Pemasaran

Agar rencana yang telah dibuat dapat terlaksana dengan efektif, manajer harus mampu mengidentifikasi beberapa kendala potensial dalam perencanaan dan berusaha mengatasinya. Kendala-kendala tersebut umumnya adalah (Anoraga, 2007) :

9. Ketidakmampuan membuat rencana atau rencana yang tidak cukup baik. Tentu saja tidak semua manajer otomatis memiliki kemampuan membuat perencanaan. Faktor penyebabnya adalah kurangnya pengalaman, pendidikan atau bahkan karena diajari atau tidak memiliki pengetahuan tentang bagaimana membuat rencana yang benar.
10. Kurangnya komitmen dalam proses pembuatan rencana. Mengembangkan sebuah rencana adalah pekerjaan yang membutuhkan pemikiran yang cukup banyak dan menyita waktu. Kebanyakan manajer beralasan mereka tidak cukup punya waktu untuk mengikuti proses pembuatan rencana yang cukup panjang, atau bahkan mereka tidak membuat rencana yang memadai karena sebenarnya mereka takut gagal tidak mencapai yang mereka targetkan dalam rencana tersebut.
11. Lemahnya informasi. Karena yang menjadi dasar dari sebuah rencana adalah informasi, maka bagaimanapun canggihnya seorang manajer dalam teknik pembuatan rencana, namun apabila informasi yang digunakan dalam penyusunan rencana tersebut kurang memadai (informasi kurang akurat, kurang lengkap, basi), maka rencana tersebut juga akan kurang bermutu atau bahkan rencana yang gagal.
12. Terlalu berfokus pada masa kini. Kegagalan mempertimbangkan efek jangka panjang sebuah rencana karena terlalu menekankan pada penanganan persoalan-persoalan jangka pendek, justru dapat menyebabkan kegagalan organisasi mempersiapkan masa depan. Seorang manajer seharusnya memiliki gambaran besar dalam benaknya tentang masa depan dan sasaran-sasaran jangka panjang yang ingin diraih saat menyusun sebuah rencana (Anoraga, 2007).
13. Terlalu mengandalkan diri pada unit/bagian perencanaan. Banyak organisasi/perusahaan yang memiliki bagian perencanaan atau bagian perencanaan dan pengembangan tersendiri. Bagian ini yang melakukan penelitian, studi, membangun model, percobaan, dan lain-lain, tapi sesungguhnya tidak mengembangkan perencanaan itu sendiri. Hasil dari bagian ini hanyalah merupakan alat bantu yang dapat dimanfaatkan oleh manajer dalam membuat rencana, apalagi menyusun sebuah rencana organisasi tetaplah tanggung-jawab manajer.
14. Memusatkan perhatian pada faktor-faktor yang dapat dikuasainya. Kebanyakan manajer hanya berkonsentrasi pada hal-hal yang paling dikuasai dan menghindarkan diri hal yang kurang dikuasai karena khawatir dianggap kurang mampu. Misalnya memusatkan perhatian pada pembuatan gagasan-gagasan dan ide-ide baru, namun mengabaikan bagaimana cara menjadikan gagasan/ide tersebut teraplikasikan karena kurang menguasai operasional organisasinya.
15. Kendala-kendala tersebut pastilah dapat diatasi manakala manajer menginginkan sebuah rencana berkualitas yang tersusun. Cara termudah dan termurah tentu saja melalui komunikasi yang efektif dengan karyawan dan melibatkan mereka dalam penyusunan rencana. Komunikasi yang efektif menjamin manajer memperoleh informasi yang berkualitas, dan melibatkan karyawan dalam proses pembuatan rencana akan

memperluas dan memperdalam perspektif rencana itu serta mengurangi risiko ketidakberhasilan rencana tersebut saat dilaksanakan (Anoraga, 2007).

16. Konsep Strategis Etika VS Pedoman Promosi

Strategi merupakan suatu kegiatan komprehensif yang menentukan petunjuk dan pengarahannya yang kritis terhadap pengalokasian sumber daya untuk mencapai sasaran jangka panjang organisasi. Dalam prakteknya pilihan strategi merupakan sesuatu yang kompleks dan tugas yang berisiko. Beberapa strategi organisasi diharapkan dapat menghadapi lingkungan yang kompetitif. Disini manajer merencanakan bujukan kekuatan dan kelemahan organisasi dengan kesempatan dan ancaman di lingkungannya (Burhan, 1994).

Strategi dirumuskan dalam dua perspektif berbeda, yang pertama strategi adalah program yang luas untuk mendefinisikan dan mencapai tujuan organisasi dan melaksanakan misinya. Pengertian ini lebih mengarahkan pada peranan aktif organisasi untuk melaksanakan program sebagai strategi organisasi menghadapi perubahan lingkungan. Strategi ini dikenal sebagai perencanaan strategi. Perspektif kedua strategi adalah pola tanggapan organisasi yang dilakukan terhadap lingkungan sepanjang waktu.

Pengertian ini lebih mengarahkan organisasi untuk bersikap pasif, yang artinya para manajer akan menganggapi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan hanya jika mereka merasa perlu untuk melakukannya. Strategi ini dikenal sebagai strategi adaptif. Pembahasan pada materi ini akan lebih di tekankan pada peranan aktif manajer yang dikenal sebagai perencanaan strategis yang fokusnya luas dan berjangka panjang. Disamping ke dua perspektif tersebut dikenal strategi *entrepreneur* yaitu strategi yang dirancang pemimpin usaha berdasarkan inisiatif untuk pertumbuhan yang konstan dengan mencari peluang baru secara aktif. Pengertian ini juga mengarahkan peranan aktif seseorang dalam hal ini adalah seorang *entrepreneur* atau wirausahawan (Burhan, 1994). Ciri-ciri strategi meliputi :

6. Wawasan waktu, strategi menggambarkan kegiatan dengan cakrawala jangka panjang atau pandangan yang jauh ke depan, yaitu waktu untuk melaksanakan dan melihat hasilnya.
7. Dampak, pengaruh strategi akan sangat berarti pada hasil akhirnya.
8. Pemusatan upaya, dengan memfokuskan pada kegiatan yang terpilih mengharuskan pemusatan pemanfaatan sumber daya yang ada.
9. Pola keputusan, strategi mensyaratkan sederetan keputusan tertentu perlu diambil sepanjang waktu mengikuti suatu pola yang konsisten.
10. Peresapan, strategi mencakup kegiatan yang luas mulai alokasi sumber daya sampai kegiatan operasional perusahaan. Organisasi dapat mengembangkan sejumlah alternatif strategis untuk memanfaatkan kesempatan strategis. Strategi yang baik mencakup beberapa hal:
 5. Cakupan: menjelaskan pasar apa yang akan dimasuki oleh organisasi, pasar yang terbatas atau luas
 6. Alokasi sumber daya: menjelaskan bagaimana alokasi sumberdaya untuk mencapai tujuan
 7. Daya saing: memasukan kemampuan yang dimiliki oleh organisasi yang lebih baik dibandingkan dengan kemampuan pesaingnya
 8. Sinergi: strategi harus bertujuan memanfaatkan secara optimal sinergi dalam suatu organisasi.

11. Tingkat Strategi Dalam Organisasi

Strategi seharusnya dapat mendukung pencapaian misi dan tujuan organisasi. Dalam pelaksanaannya mereka harus mengaplikasikannya pada berbagai tingkatan dalam organisasi dan memilih variasi strategi dengan baik. Berikut ini tiga tingkatan strategi yang dapat ditemukan dalam organisasi : strategi korporasi, strategi bisnis dan strategi fungsional (Swanda, 2005).

a. Strategi Korporasi

Strategi korporasi dirumuskan oleh manajemen puncak untuk mengendalikan kepentingan dan operasi perusahaan yang memiliki lebih dari satu lini usaha. Pertanyaan strategi yang dirumuskan adalah “bisnis apa yang akan kita tekuni ?” dan “bagaimana sumber daya akan dialokasikan diantara jenis-jenis usaha ?”. Tujuan strategi korporasi mengarahkan pengalokasian sumber daya untuk perusahaan secara total. Keputusan strategi berhubungan dengan penggunaan sumber daya untuk melakukan akuisisi, pengembangan bisnis baru, kemitraan, operasi global atau pelepasan.

b. Strategi unit bisnis

Strategi unit menyangkut kepentingan dan operasi bisnis unit tertentu. Strategi menjawab pertanyaan seperti “Bagaimana usaha ini akan bersaing?” “Produk apa yang akan ditawarkan?” “Pelanggan mana yang akan dilayani?”. Secara khusus keputusan strategi unit bisnis meliputi pemilihan bauran produk, fasilitas lokasi atau teknologi baru dan sebagainya. Strategi ini berupaya menentukan pendekatan apa yang sebaiknya diambil unit bisnis itu untuk pasarnya dan bagaimana sebaiknya bisnis dilakukan dengan sumber daya dan kondisi pasarnya.

c. Strategi tingkat fungsional

Strategi tingkat fungsional mengarahkan kegiatan dalam bidang fungsional (keuangan, pemasaran, penelitian dan pengembangan, SDM, produksi) untuk beroperasi yang mendukung setiap unit bisnis. Strategi menjawab pertanyaan seperti “Bagaimana dapat mengaplikasikan keahlian fungsional untuk mendukung strategi terbaik dari tingkatan unit bisnis?”.

12. Tipe Strategi

Ada empat tipe strategi yang dapat digunakan pada berbagai tingkatan perusahaan dan bisnis yaitu (Burhan, 1994):

a. Strategi Pertumbuhan

Strategi ini berusaha meningkatkan ukuran perusahaan dan ekspansi operasi perusahaan. Strategi ini sangat dikenal karena hampir semua industri atau perusahaan yang menginginkan adanya pertumbuhan dalam kehidupan usahanya dalam jangka panjang. Pertumbuhan usaha dapat terjadi dengan beberapa cara seperti :

- Berkembang secara internal melalui konsentrasi, yaitu menggunakan kekuatan yang ada untuk memperbaharui dan meningkatkan produktifitas, tanpa menanggung risiko yang besar. (pengembangan pasar, pengembangan produk dan inovasi).
- Diversifikasi, melakukan akuisisi bisnis baru yang berhubungan atau tidak dengan bisnisnya atau melakukan investasi spekulasi yang baru (integrasi vertikal, integrasi horizontal, diversifikasi konglomerat dan kemitraan).

b. Strategi Pengurangan

Dapat disebut sebagai strategi pertahanan, dengan mengurangi skala operasi untuk kepentingan efisiensi dan meningkatkan kinerja. Strategi pertahanan dapat dilakukan dengan cara seperti :

- Kembali pada bisnis inti dengan menjual unit bisnis lain yang tidak berhubungan dengan bisnis intinya pada awal program diversifikasi.
- Menurunkan ukuran dengan mengurangi biaya dan restrukturisasi untuk mengembangkan operasi yang efisien.
- Pelepasan dengan menjual bagian organisasi untuk memotong biaya.
- Likuidasi, menutup operasi dengan menjual asset operasi yang sudah bangkrut.

c. Strategi Stabilitas

Strategi dengan tetap menjalankan kegiatan pada saat ini dengan mengurangi tekanan untuk pertumbuhan dan tanpa komitmen pada beberapa perubahan operasi utama. Strategi untuk organisasi yang dapat melakukan kegiatan dengan sangat baik dalam menghadapi lingkungan, risiko rendah yang dapat dihadapi dan melakukan konsolidasi yang diperlukan dengan strategi-strategi yang terlibat.

d. Strategi Kombinasi

Dalam waktu yang sama melakukan kombinasi dari beberapa strategi, untuk menghadapi perubahan lingkungan yang dinamis dengan tingkat persaingan tinggi, dimana kondisi perusahaan beroperasi secara kompleks.

D. Analisis Kebutuhan Pasar

Menganalisis kebutuhan pasar merupakan salah satu aktivitas penting bagi perusahaan terutama untuk bagian pemasaran. Informasi yang datang dari pasar dijadikan landasan untuk melakukan produksi, berapa produk yang harus disediakan untuk pasar. Dengan melakukan prediksi dari informasi hasil analisis kebutuhan pasar, maka dapat pula diperkirakan tingkat penjualan karet pada masa mendatang, sehingga perusahaan mampu mempersiapkan untuk penjualan yang diramalkan tersebut (Rambe, 2002). Analisis pasar adalah suatu penganalisisan atau penyelenggaraan untuk mempelajari berbagai masalah pasar. Analisis pasar akan menyangkut lokasi pasar, luasnya pasar, sifatnya pasar dan karakteristik pasar. Strategi pemasaran merupakan hal yang sangat penting bagi perusahaan dimana strategi

pemasaran merupakan suatu cara mencapai tujuan dari sebuah perusahaan (Nst, 2013). Analisis pasar menurut Mahaddhir (2012) ada tiga :

1. Analisis Produk

Analisis Produk adalah suatu perencanaan dan pembuatan produk sampai perpindahan hak ke tangan konsumen. Analisis ini penting sekali bagi mahasiswa dalam mengacu pada pemahaman tentang pasar dan produk, terutama manajemen pemasaran. Dan dapat menempatkan permasalahan dengan jelas, karena produk merupakan objek dari rangkaian aktivitas pemasaran.

2. Analisis Tempat

Analisis Tempat yang dimaksud disini adalah mengkaji daerah penjualan sebelum operasi penjualan dilaksanakan. Daerah penjualan perlu dikaji ulang, agar sasaran penjualan mantap dan tepat. Dengan demikian penguasaan pasar yang dikehendaki dapat dikendalikan.

3. Analisis Harga

Analisa harga pada umumnya merupakan dasar daripada program pemasaran karena Keputusan penentuan harga sangat mempengaruhi terhadap aktifitas seperti pemasangan iklan, promosi penjualan, program penjualan dan seleksi program distribusi

4. Analisis Promosi

Pada dasarnya aktivitas penjualan barang tak dapat berjalan sendiri. Sekalipun produk yang dibuat sempurna sekali dalam memenuhi keinginan pembeli. Demikian pula penepatan harga yang baik tanpa diikuti informasi yang gencar kadang-kadang mengalami kegagalan dalam pemasaran. Maka kita perlu membuat suatu program analisa promosi dan program aktivitas promosi. Analisa promosi digunakan untuk mengumpulkan data dan menetapkan perencanaan promosi, sedangkan program aktivitas promosi merupakan implementasi dari strategi pemasaran. Dengan kata lain satu sebagai alat pendekatan dan lainnya sebagai alat pelaksanaan program (Mahaddhir, 2012).

Bagi manajemen rumah sakit, mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen adalah hal utama. Untuk itu manajemen perlu mendapatkan input dari konsumen berupa harapan akan jasa yang diinginkan, dengan cara melakukan komunikasi dua arah antara pihak manajemen dengan konsumen sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan sehingga apa yang direalisasikan oleh rumah sakit sesuai dengan harapan kenyataan pelayanan yang baik pada akhirnya akan mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan, yang mengakibatkan pasien bisa loyal pada jasa yang diberi serta akan mampu pula untuk menarik pelanggan baru untuk mencobanya (Lathifah, 2011).

Kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit dicerminkan sebagai pelayanan jasa kesehatan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan konsumen sebagai pemakai jasa pelayanan rumah sakit. Pasien akan terasa terpuaskan bila harapan akan pelayanan kesehatan yang diterimanya memenuhi standar kualitas yang diinginkan, karena dengan terpuasnya pasien dan konsumen rumah sakit meningkatkan *brand loyalty* yang semakin kuat (Lathifah, 2011).

Sebagian besar manajer cenderung menjual produk yang mereka rasa paling mudah dijual kepada konsumen yang tidak banyak memberikan penolakan. Dengan pertama-tama membangun rencana pemasaran taktis jangka pendek dan kemudian mengekstrapolasikannya, manajer hanya berhasil dalam mengekspolasi rintangan pribadi mereka saja.

Hal ini seperti menyetir di suatu arus air yang tenang, jernih, dan lambat tetapi tidak terlalu tepat untuk situasi air yang deras dan bergejolak. Berasyik ria dengan pertama-tama mempersiapkan rencana satu tahun yang rinci adalah ciri khas dari perusahaan-perusahaan yang tidak dapat membedakan antara peramalan penjualan dan penganggaran dengan perencanaan pemasaran strategis adalah kesalahan paling umum berdasarkan pengalaman selama ini. Hal ini membawa kita pada titik awal dalam perencanaan pemasaran yaitu suatu pemahaman atas perbedaan antara strategi dan taktik (Wahyono, 2013).

E. Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis adalah suatu rencana jangka panjang yang bersifat menyeluruh, memberikan rumusan ke mana suatu organisasi/perusahaan akan diarahkan, dan bagaimana sumberdaya dialokasikan untuk mencapai tujuan selama jangka

waktu tertentu dalam berbagai kemungkinan keadaan lingkungan.

Perencanaan Strategis (*Strategic Plans*) juga merupakan suatu proses pemilihan tujuan-tujuan organisasi, penentuan strategi, kebijaksanaan, program-program strategi yang diperlukan untuk tujuan-tujuan tersebut.

Rencana strategis adalah pernyataan rencana spesifik mengenai bagaimana untuk mencapai ke arah masa depan yang akan diambil oleh entitas. Sedangkan perencanaan strategis adalah proses memutuskan program-program yang akan dilaksanakan oleh organisasi dan perkiraan jumlah sumber daya yang akan dialokasikan ke setiap program jangka panjang selama beberapa tahun ke depan. Hasil dari proses perencanaan strategi berupa dokumen yang dinamakan *strategic plan* yang berisi informasi tentang program-program beberapa tahun yang akan datang. Manajer memerlukan jenis perencanaan khusus yang disebut perencanaan strategis. Perencanaan strategis ini akan digunakan untuk menentukan misi utama organisasi dan membagi-bagi sumber daya yang diperlukan untuk mencapainya (Bryson & Einsweiler, 1988):

Ada 3 (tiga) alasan yang menunjukkan pentingnya Perencanaan Strategis :

- Perencanaan strategis memberikan kerangka dasar dalam mana semua bentuk-bentuk perencanaan lainnya yang harus di ambil.
- Pemahaman terhadap perencanaan strategis mempermudah pemahaman bentuk-bentuk perencanaan lainnya.
- Pemahaman terhadap perencanaan strategis mempermudah pemahaman bentuk-bentuk perencanaan lainnya.

Dengan adanya perencanaan strategis ini maka konsepsi perusahaan menjadi jelas sehingga akan memudahkan dalam memformulasikan sasaran serta rencana-rencana lain dan dapat mengarahkan sumber-sumber organisasi secara efektif. Sehingga dapat dikatakan bahwa perencanaan strategi dapat menentukan keberhasilan organisasi atau perusahaan.

Melakukan perencanaan strategi berarti menetapkan misi organisasi secara jelas. Perencanaan strategi memungkinkan manajer mempersiapkan diri terhadap kemungkinan terjadinya perubahan pada lingkungan organisasinya. Perencanaan strategis tidak mengenal standar baku, dan prosesnya mempunyai variasi yang tidak terbatas. Tiap penerapan perlu merancang variasinya sendiri sesuai kebutuhan, situasi dan kondisi setempat. Meskipun demikian, secara umum proses perencanaan strategis memuat unsur-unsur (Ayuningtyas, 2013) :

5. perumusan visi dan misi,
6. pengkajian lingkungan eksternal,
7. pengkajian lingkungan internal,
8. perumusan isu-isu strategis, penyusunan strategi pengembangan (yang dapat ditambah dengan tujuan dan sasaran).

Proses perencanaan strategis tidak bersifat sekuensial penuh, tapi dapat dimulai dari salah satu dari langkah ke (1), (2), atau (3). Ketiga langkah tersebut saling mengisi. Setelah ketiga langkah pertama ini selesai, barulah dilakukan langkah ke (4), yang disusul dengan langkah ke (5). Setelah rencana strategis selesai disusun, maka diimplementasikan dengan terlebih dahulu menyusun rencana-rencana kerja (aksi/tindakan).

Ciri-Ciri Perencanaan Strategis diantaranya yaitu (Igor, 1982

: Kaufman & Harvey, 1987) :

- Memfokuskan pada pengidentifikasian dan pemecahan isu-isu strategis
- Menekankan penilaian terhadap lingkungan baik eksternal dan internal
 - Memperkirakan hal-hal baru, diskontinuitas, penuh kejutan.
 - Berorientasi pada tindakan, bersifat partisipatif, lebih empati terhadap kelemahan, kekuatan, hambatan, peluang suatu komunitas.
 - Efektif sebagai penghubung antara kebijakan yang kaku dengan tindakan nyata.
- Melibatkan peran-peran penting pembuat kebijakan.
- Mensyaratkan visi yang komprehensif.

Menurut World Health Organization (WHO), sistem kesehatan mempunyai empat fungsi pokok yaitu: *stewardship regulator* yaitu memberikan arahan leadership untuk promosi dan mengembangkan strategi visi, melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan, pembiayaan kesehatan dimana jumlah dana yang dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan, *creating and sustaining resources* yang berarti membangun kapasitas baik fisik dan non fisik

penyelenggaraan dan pemanfaatan penelitian kesehatan, delivering service yang berarti meningkatkan pemerataan dan status kesehatan individu dan masyarakat serta pengembangan program dan kebijakan kesehatan dari empat fungsi sistem kesehatan tersebut mempunyai tiga tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang ditunjukkan oleh parameter umur harapan hidup berkualitas, keadilan kontribusi pembiayaan kesehatan, dan tingkat ketanggapan (responsiveness). 2. Responsiveness merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena sangat berhubungan dengan derajat kesejahteraan pasien dan untuk mengevaluasi sistem pelayanan kesehatan dengan memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat. Responsiveness merupakan satu Berdasarkan literatur yang sudah ada mengenai kepuasan pasien dan kualitas pelayanan, menjadi pedoman WHO mengidentifikasi delapan aspek mengenai responsiveness. Aspek tersebut yaitu keramahan petugas, kerahasiaan pasien, keterlibatan pasien, waktu tunggu, mudah dikunjungi, kenyamanan, pilihan terhadap pemberi pelayanan, kejelasan informasi. Jadi responsiveness suatu sistem kesehatan akan lebih mengakui harapan penduduk mengenai bagaimana mereka diperlakukan, menjadi bagian yang penting dari pelaksanaan sistem kesehatan itu sendiri.

Di Indonesia sistem kesehatan nasional dinamakan dengan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. Sejauh ini JKN telah diikuti oleh sejumlah 150 juta peserta yang menjadikan JKN sebagai sistem kesehatan nasional dengan jumlah peserta terbanyak di dunia (Kompas, 15 Agustus 2015). BPJS sebagai sistem kesehatan nasional memiliki dampak terhadap industri kesehatan dan turunannya dimana ditunjukkan dengan tumbuh pesatnya industri farmasi (Tribunnews, 08 Januari 2016). Himmelstein dan Woolhandler (1989) juga menggambarkan hal serupa bahwa adanya sistem kesehatan nasional akan berdampak positif terhadap pendapatan dari industri rumah sakit yaitu pendapatan rumah sakit. Pelaksanaan JKN di Indonesia dilakukan dengan basis INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups). INA-CBG's memberikan penggantian kepada rumah sakit sesuai dengan clinical pathway dari suatu penyakit. INA-CBG's ditentukan berdasar rata-rata pembiayaan pengobatan penyakit. Pembiayaan ini diberikan tanpa peduli berapa lama pasien dirawat. Hal ini berbeda dengan fee for service yang mengeluarkan biaya berdasarkan jumlah pelayanan, yang artinya semakin lama pasien dirawat maka pemasukan rumah sakit makin besar.

Beberapa rumah sakit menganggap bahwa sistem ini menimbulkan defisit dalam pembiayaan bagi rumah sakit (Kompas, 30 Maret 2014). Sehingga diperlukan adanya penelitian yang melakukan konfirmasi atas hasil dari penerapan JKN bagi suatu rumah sakit. Salah satu pendekatan yang bisa dilakukan untuk melihat kontribusi dari suatu sistem pendapatan dan biaya adalah dengan menggunakan *Customer Profitability Analysis*. Analisis profitabilitas pelanggan dapat membantu para manajer untuk mengidentifikasi pelanggan yang paling menguntungkan Blocher, *et al* (2010). Hal ini bisa digunakan untuk membandingkan profitabilitas antara pasien yang dirawat dengan menggunakan skema BPJS dibandingkan dengan pasien yang dirawat menggunakan skema lain.

Definisi Strategi Pemasaran Kesehatan

Strategi berasal dari bahasa Yunani kuno yang berarti "seni berperang". Secara umum strategi dapat diartikan sebagai rencana yang berskala besar dan berorientasi dengan lingkungan persaingan dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara itu Rangkuti (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental (senantiasa meningkat) dan terus menerus serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh para pelanggan dimasa depan. Manajemen strategi didefinisikan sebagai suatu seni dan ilmu untuk memformulasi, implementasi dan evaluasi keputusan-keputusan fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya (David, 2005). Definisi dari manajemen strategis bermakna sebagai suatu usaha memfokuskan manajemen untuk saling terintegrasi antara unit yang terlibat dalam organisasi, seperti pemasaran, keuangan/akuntansi, produk/operasi, penelitian pengembangan, serta sistem informasi untuk mencapai kesuksesan dan tujuan organisasi. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Pearce and Robinson (2007) bahwa manajemen strategi adalah sekumpulan keputusan dan tindakan yang dapat menghasilkan suatu perumusan dan pelaksanaan rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran organisasi. Dengan demikian maka manajemen strategi sangat menentukan keberhasilan suatu bisnis atau organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Berkaitan dengan hal tersebut Soejitno (2000) berpendapat bahwa pengembangan rumah sakit, perlu mengacu kepada:

- 1) Filosofi rumah sakit mengacu pada adagium lama bahwa pasien dan keluarganya adalah pelanggan yang wajib dipuaskan.
- 2) Dalam menggali dana kemanusiaan, rumah sakit perlu untuk merencanakan suatu program public relation dan pemasaran sosial yang sistematis.
- 3) Budaya atau citra rumah sakit perlu dijaga agar menjadi suatu institusi yang sosial dan masih harus dibantu.
- 4) Pelatihan staf harus dilakukan secara sistematis dalam mengantisipasi terhadap berbagai kemungkinan adanya perubahan.
- 5) Apabila diversifikasi mampu dilakukan rumah sakit diluar bisnisnya intinya. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa institusi rumah sakit tidak bisa terlepas sebagai institusi yang bersifat sosial yang membutuhkan peningkatan kompetensi karyawan, kegiatan pemasaran dan diversifikasi bisnis harus dilakukan dalam rangka peningkatan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Lingkungan Industri

Lingkungan yang mempengaruhi proses bisnis rumah sakit seperti yang dinyatakan Soejitno (2000) dapat diilustrasikan melalui gambar 2. Berdasarkan ilustrasi tersebut dapat disimpulkan bahwa lingkungan organisasi rumah sakit dipengaruhi oleh lingkungan langsung dan lingkungan tak langsung. Lingkungan langsung terdiri dari mitra dalam dan mitra luar, mitra dalam merupakan lingkungan internal organisasi sendiri yang terlibat langsung dalam kegiatan operasional rumah sakit. Sedangkan mitra luar terdiri dari kelompok masyarakat maupun lembaga-lembaga yang mendukung kegiatan operasional organisasi rumah sakit, tetapi mereka berada diluar lingkungan organisasi rumah sakit. Sementara yang dimaksudkan dengan lingkungan tidak langsung adalah lingkungan sosial, teknologi, ekonomi dan politik (Pearce and Robinson, 1997). Semua variabel tersebut tidak dapat dikontrol perubahannya oleh organisasi rumah sakit. Dalam kaitannya dengan penyusunan strategi, organisasi hanya bisa memprediksi atau meramalkan kondisi semua variabel tersebut dimasa yang akan datang.

Keunggulan Kompetitif

Keunggulan bersaing merupakan suatu kondisi yang menggambarkan kinerja sebuah perusahaan relatif terhadap pesaing dalam hal product marketing (Peteraf and Bearnay, 2003). Penelitian tentang keunggulan kompetitif merupakan salah satu penelitian inti dalam manajemen strategik. Dalam beberapa dekade, berbagai penelitian dengan perspektif teori yang berbeda terus dikembangkan untuk menjelaskan bagaimana sebuah perusahaan mampu mengembangkan strategi bersaing dibandingkan pesaingnya. Cara pandang tersebut antara lain; pencapaian posisi keunggulan bersaing superior (Bain, 1956, 1959; Porter, 1980; 1985; 1998), membangun dan mencapai sumber daya strategik superior (Amit and Schoemaker, 1993; Barney, 1986, 1991; Peteraf, 1993; Wernerfelt, 1984), serta kemampuan dalam mengatur kembali sumber daya organisasi menjadi sumber daya yang strategis dan bernilai (Eisenhardt and Martin, 2000; Teece, Pisano and Shuen, 1997). Sementara pandangan baru tentang konsep keunggulan bersaing seperti yang diungkapkan oleh Bettis and Hitt (1995) menunjukkan bahwa bentuk kompetisi yang terjadi pada berbagai macam industri saat ini menekankan kepada fleksibilitas, kecepatan dan inovasi dalam merespon perubahan lingkungan yang cukup dinamis. Namun demikian, yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa dalam upaya membangun keunggulan kompetitif, sebuah organisasi tidak terlepas dari kekuatan kunci lingkungan eksternal dan internal.

Kekuatan kunci eksternal dapat dibagi menjadi lima kategori (David, 1997) yaitu kekuatan ekonomi; kekuatan sosial, budaya, demografi; kekuatan politik, peraturan pemerintah dan hukum; teknologi, serta kekuatan pesaing. Sementara kekuatan kunci internal dapat dibagi menjadi enam kategori yaitu manajemen, pemasaran, produksi dan operasi, penelitian dan pengembangan, keuangan/akunting, serta sistem informasi. Dalam perspektif yang sama, Duncan (1995) menambahkan faktor budaya dan citra organisasi sebagai faktor kunci internal sebuah organisasi.

Menurut David (2005) terdapat tiga tahapan yang harus dilalui dalam menentukan alternatif strategi pilihan tersebut. Adapun tahapan tersebut adalah tahap diagnosis/input stage, tahap

penggabungan/matching stage dan tahap penerapan strategi/decision stage. Lebih lanjut, Duncan (1995) memberikan penekanan perlunya analisis terhadap visi dan misi organisasi dalam rencana pengembangan sebuah organisasi. Pemasaran sosial adalah penerapan strategi pemasaran atau konsep pemasaran dan taktik pemasaran untuk mengubah dan menciptakan perilaku konsumen yang memiliki pengaruh yang positif kepada sekelompok individu atau masyarakat. Pemasaran sosial bertujuan untuk mengubah perilaku buruk dari konsumen sehingga konsumen memiliki perilaku yang lebih baik. Pemasaran sosial dapat digunakan untuk mengurangi kebiasaan merokok yang merusak kesehatan konsumen. Pemasaran sosial sangat penting untuk mengubah perilaku masyarakat agar mereka mau membayar pajak, mencintai lingkungan dengan membuang sampah pada tempatnya, mengurangi kebiasaan minum alkohol yang dapat merusak kesehatan dan menimbulkan kecelakaan di jalan raya. Pemasaran sosial pada intinya adalah bagaimana mempengaruhi atau membujuk konsumen agar melakukan perbuatan- perbuatan atau perilaku yang positif. Para praktisi pemasaran sosial harus memahami perilaku konsumen agar dia mampu merumuskan dengan tepat strategi pemasaran sosial yang akan dijalkannya. Aplikasi perilaku konsumen berikutnya adalah kepada konsumen itu sendiri. Konsumen adalah pihak pertama yang berkepentingan untuk memahami dirinya. Konsumen harus menjadi pengambil keputusan yang cerdas dan kritis. Konsumen harus memahami perilakunya sendiri, yaitu memahami kelemahan-kelemahan yang sering dilakukannya didalam mengambil keputusan dengan memahami perilakunya sendiri agar mereka mampu menjadi konsumen yang memiliki karakter tersebut.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., “*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*”, artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, “*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
“*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*”, diakses dari www.aplcare.com.
- “*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*”, diakses dari www.bkkbn.go.id.
- “*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., “*Public-Private Partnership for Public Health*”, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, “*Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan*”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “*Public Private Services Team Up*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Thomas, A., dan Valerie Curtis, “*Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, “*Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, “*Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta*”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685

- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Universitas
Esa Unggul



MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK353)

SESI 14
KRISIS DAN IMAGE DI PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL
(FIKES 5661)

UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023

O. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Krisis dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Krisis di Provider Pelayanan Kesehatan di era digital dan pandemi
3. Memahami manfaat Krisis dan Imagedi Pelayanan Kesehatan di PPK1 dan PPK 2

P. Uraian dan Contoh

1. Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi. Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- m. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- n. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- o. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

2. Topik Perkuliahan : Strategi Pemasaran di Pelayanan Kesehatan

Q. Uraian :

1. Krisis Kesehatan di Provider Pelayanan Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Krisis Kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.
2. Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung penanggulangan krisis kesehatan
3. Prakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan, dan mitigasi kesehatan.
4. Tanggap Darurat Krisis kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Pascakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Pemetaan atau Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah informasi Prakrisis

Kesehatan berisi tentang gambaran keadaan kondisi wilayah, sumber daya serta upaya yang dilakukan.

7. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPKK adalah unsur pendukung pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan di bidang penanggulangan krisis kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal.
8. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional/Sub Regional yang selanjutnya disingkat PPKK Regional/Sub Regional adalah unit fungsional di daerah yang ditunjuk untuk mendekatkan dan mempercepat dukungan bantuan kesehatan secara terkoordinasi pada kejadian bencana dan krisis kesehatan.
9. Pusat Pengendali Operasi Kesehatan yang selanjutnya disebut Pusdalopkes adalah unit teknis yang bertanggung jawab sebagai pengelola informasi kesehatan pada kejadian krisis kesehatan dan bencana sekaligus berfungsi sebagai pengendali koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait kesehatan.
10. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
11. Menteri Kesehatan yang selanjutnya disebut adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
12. Institusi Kesehatan adalah Lembaga Pemerintah bidang kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah.

Pengaturan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan bertujuan untuk:

- a. menjamin ketersediaan informasi Krisis Kesehatan yang cepat, tepat, akurat, konsisten, terkini, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar pengambilan kebijakan
- b. menjamin ketersediaan dan akses terhadap informasi krisis kesehatan yang bernilai pengetahuan serta dapat dipertanggungjawabkan;
- c. memberdayakan peran serta akademisi, swasta dan masyarakat dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
- d. mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dalam lingkup Sistem Informasi Kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna melalui penguatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Prakrisis Kesehatan

- (1) Data dan informasi pada tahap Prakrisis Kesehatan diperoleh dari Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan.

- (2) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbasis elektronik dan non elektronik.
 - (3) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disusun dan disampaikan setiap tahun pada bulan Januari sampai dengan bulan April.
 - (4) Contoh format penyusunan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan tercantum dalam Formulir I terlampir.
- (1) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. gambaran umum wilayah;
 - b. upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan;
 - c. upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihanyang pernah dilakukan; dan
 - d. manajemen data dan informasi yang ada.
 - (2) Gambaran umum wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit memuat:
 - a. data demografis dan geografis wilayah;
 - b. gambaran aksesibilitas wilayah;
 - c. data kejadian Krisis Kesehatan; dan
 - d. data fasilitas pelayanan kesehatan.
 - (3) Upaya pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit memuat:
 - a. program kerja atau kegiatan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - b. rencana kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - c. peraturan/kebijakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - d. pedoman/prosedur tetap/petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - e. pertemuan koordinasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - f. kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - g. kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan;
 - h. satuan tugas kesehatan (Tim Reaksi Cepat (TRC), Tim *Rapid Health Assesment* (RHA), dan tim bantuan kesehatan) terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - i. tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - j. data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - k. pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - l. sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
 - m. alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
 - n. ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat

- Krisis kesehatan;
- o. ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan; dan
 - p. ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat krisis kesehatan.
- (4) Upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihan yang pernah dilakukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c paling sedikit memuat:
- a. mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian Krisis Kesehatan;
 - b. gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
 - c. gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan;
 - d. gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat krisis kesehatan;
 - e. gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
 - f. gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian Krisis Kesehatan.
 - g. gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat krisis kesehatan; dan
 - h. gambaran kegiatan pemulihan Pascakrisis Kesehatan.
- (5) Manajemen data dan informasi yang ada sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d paling sedikit memuat:
- a. gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan;
 - b. gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - c. sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - d. gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan;
 - e. gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
 - f. gambaran kegiatan penyebaran informasi yang dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan.

Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana tingkat provinsi dan kabupaten/kota disebarluaskan pada :

- a. PPKK;
- b. PPKK Regional/Subregional;
- c. Gubernur/Sekretaris Daerah Provinsi;
- d. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi;
- e. badan, lembaga, atau institusi terkait; dan
- f. masyarakat yang membutuhkan informasi terkait penanggulangan Krisis Kesehatan.

Bagian Kedua
Tanggap Darurat Krisis kesehatan

Data dan informasi pada tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan diperoleh dari:

- a. laporan awal Krisis Kesehatan;
- b. laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan;
- c. laporan perkembangan Krisis Kesehatan; dan
- d. laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.

(1) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a paling sedikit memuat:

- a. nama institusi;
- b. jenis Krisis Kesehatan;
- c. waktu kejadian krisis kesehatan;
- d. lokasi kejadian krisis kesehatan;
- e. deskripsi kejadian krisis kesehatan;
- f. jumlah korban;
- g. fasilitas umum;
- h. kondisi fasilitas kesehatan;
- i. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
- j. hambatan pelayanan kesehatan;
- k. bantuan yang diperlukan segera; dan
- l. rencana tindak lanjut.

(2) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan segera setelah kejadian awal krisis kesehatan diketahui.

(3) Contoh format laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II, III, dan IV terlampir.

(1) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b paling sedikit memuat:

- a. nama institusi;
- b. jenis Krisis Kesehatan;
- c. waktu kejadian Krisis Kesehatan;
- d. lokasi kejadian Krisis Kesehatan;
- e. deskripsi kejadian Krisis Kesehatan;
- f. jumlah korban;
- g. fasilitas kesehatan yang rusak;
- h. fasilitas umum;
- i. kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi penampungan pengungsi;
- j. ketersediaan sumber daya;
- k. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
- l. bantuan yang diperlukan; dan
- m. rekomendasi.

(2) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan disusun dan disampaikan segera setelah laporan awal krisis kesehatan diterima.

(3) Contoh format laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir V terlampir.

(1) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c paling sedikit memuat:

- a. nama institusi;
- b. jenis krisis kesehatan;
- c. waktu kejadian krisis kesehatan;
- d. waktu pelaporan;
- e. lokasi krisis kesehatan;
- f. deskripsi Krisis kesehatan
- g. jumlah korban keadaan terakhir;
- h. fasilitas kesehatan yang rusak;
- i. perkembangan kondisi kesehatan korban;
- j. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
- k. permasalahan yang ada;
- l. bantuan segera yang diperlukan; dan
- m. rencana tindak lanjut.

(2) Laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan setiap kali terjadi perkembangan informasi penanggulangan krisis kesehatan.

(3) Contoh format laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VI dan VII terlampir.

(1) Laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf d paling sedikit memuat:

- a. nama fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. jenis krisis kesehatan;
- c. waktu kejadian krisis kesehatan;
- d. waktu pelaporan
- e. lokasi krisis kesehatan;
- f. jumlah korban;
- g. fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak;
- h. perkembangan kondisi kesehatan korban;
- i. permasalahan saat ini;
- j. bantuan segera yang diperlukan; dan
- k. rencana tindak lanjut.

(2) Contoh format laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VIII terlampir.

Bagian Ketiga Pascakrisis kesehatan

(1) Data dan informasi pada tahap Pascakrisis Kesehatan berupa laporan yang memuat :

- a. hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan Pascakrisis Kesehatan;
 - b. kesepakatan rencana aksi rehabilitasi rekonstruksi Pascakrisis Kesehatan; dan
 - c. hasil pemantauan dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana aksi rehabilitasi dan rekonstruksi yang telah disusun.
- (2) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan dilakukan oleh Tim Penilai Kerusakan dan Kerugian Pasca bencana.
 - (3) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan disusun sesuai dengan ketentuan Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana.

PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Pengumpulan dan Pengolahan Data

- (1) Pengumpulan data merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan melalui pengisian Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan atau formulir pelaporan.
- (2) Media penyampaian informasi yang dapat digunakan untuk pengumpulan data dapat berupa:
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;
 - e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g. email;**
 - h. *website*; atau
 - i.** Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan *online*.

- (1) Pengolahan data merupakan serangkaian kegiatan untuk mengolah data menjadi informasi.
- (2) Pengolahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk menghasilkan informasi :
 - a. besaran dan kecenderungan permasalahan kesehatan;
 - b. kebutuhan sumber daya untuk pelayanan kesehatan dan sanitasi dasar;
 - c. kebutuhan dan distribusi bantuan; dan
 - d. kebutuhan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan

Bagian Kedua Penyampaian Data dan Informasi

Paragraf 1 Prakrisis kesehatan

- (1) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, PPKK Sub Regional, PPKK Regional, sampai dengan PPKK.

- (2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (3) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (4) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional

Paragraf 2

Tanggap Darurat Krisis kesehatan Pasal

- (1) Laporan awal Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan dan lintas sektor terkait yang pertama kali mengetahui terjadinya Krisis kesehatan.
 - (2) Laporan awal Krisis Kesehatan dilakukan secara berjenjang.
 - (3) Dalam hal laporan awal Krisis Kesehatan tidak dilakukan secara berjenjang, institusi kesehatan yang menerima laporan awal krisis kesehatan melakukan hal sebagai berikut:
 - a. konfirmasi laporan awal Krisis kesehatan; dan
 - b. menyampaikan laporan awal Krisis Kesehatan secara berjenjang.
 - (4) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
 - (5) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
 - (6) Kepala PPKK menyampaikan laporan awal krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
-
- (1) Penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan dilaksanakan sesegera mungkin oleh Tim Reaksi Cepat.
 - (2) Hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara berjenjang.
 - (3) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
 - (4) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan

tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.

- (5) Kepala PPKK menyampaikan laporan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (6) Dalam hal hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan disampaikan langsung kepada PPKK, PPKK melakukan hal sebagai berikut:
 - a. mengonfirmasi hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan ke dinas kesehatan provinsi; dan
 - b. menindaklanjuti secara berjenjang permintaan kebutuhan berdasarkan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan.

LAPORAN

- (1) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan, dan lintas sektor terkait.
- (2) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (4) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (5) Kepala PPKK menyampaikan laporan perkembangan kejadian Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (6) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya penanggulangan Krisis kesehatan, Unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Paragraf 3 Pascakrisis Kesehatan

- (1) Laporan Pascakrisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan dan lintas sektor terkait.
- (2) Laporan Pascakrisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (3) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat
- (4) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada

Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat

- (5) Kepala PPKK menyampaikan laporan pasca krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (6) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya Pascakrisis Kesehatan, unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Bagan alur penyampaian laporan awal Krisis Kesehatan, laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan, laporan perkembangan Krisis Kesehatan, laporan perkembangan pasien di klinik dan rumah sakit, laporan kegiatan lintas program, dan laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 sampai dengan Pasal 18 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Ketiga Penyajian dan Penyebarluasan Informasi

- (1) Informasi Krisis Kesehatan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, pemetaan, narasi, gambar, foto, film, slide show, dan/atau peta.
- (2) Informasi disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan berupa:
 - a. surat;
 - b. laporan;
 - c. buku;
 - d. artikel;
 - e. leaflet;
 - f. poster;
- (3) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan melalui media elektronik maupun non elektronik berupa:
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;
 - e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g. email;**
 - h. *website*; atau
 - i. sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan *online*.**

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (1) Dalam menunjang pelaksanaan tugas untuk pengelolaan data dan informasi penanggulangan Krisis Kesehatan secara cepat, tepat dan akurat, perlu dikembangkan sistem informasi yang selaras dengan perkembangan teknologi informasi.

- (2) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan diarahkan terintegrasi, *online*, dan *realtime*.
- (3) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan, hasil monitoring dan evaluasi, dan perkembangan kebijakan.

PERANGKAT SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (1) Pengelolaan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan menggunakan perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan.
- (2) Perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas perangkat keras dan perangkat lunak.
- (3) Perangkat keras sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas elektronik dan non elektronik.
- (4) Penggunaan perangkat sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan teknologi informasi serta menghormati hak atas kekayaan intelektual sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Perangkat keras elektronik dan perangkat lunak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ayat (3) dan harus memiliki kemampuan:
 - a. menerima, mengirimkan, memproses, dan mempublikasikan dokumen elektronik;
 - b. menyimpan data;
 - c. membuat cadangan data secara otomatis yang disimpan terpisah untuk mengantisipasi kerusakan atau insiden yang tidak diinginkan;
 - d. mudah diperbaiki dengan cepat jika mengalami gangguan, kerusakan, atau insiden yang tidak diinginkan dalam masa pengoperasiannya; dan
 - e. mudah adaptasi atau terhubung dengan sistem informasi lainnya yang terkait penanggulangan krisis kesehatan.

PENGGORGANISASIAN

- (1) Struktur organisasi Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas penanggung jawab dan pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (2) Penanggung jawab Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas:
 - a. kepala dinas kesehatan kabupaten/kota pada tingkat kabupaten/kota;
 - b. kepala dinas kesehatan provinsi pada tingkat provinsi;
 - c. ketua PPKK Sub Regional pada tingkat PPKK Sub Regional;
 - d. ketua PPKK Regional pada tingkat PPKK Regional; dan
 - e. Kepala PPKK pada tingkat pusat.
- (3) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas tenaga pada:
 - a. Pusdalopkes atau unit kerja yang ditunjuk oleh kepala dinas kesehatan

- kabupaten/kota dan provinsi;
 - b. Sekretariat PPKK Regional/Sub Regional pada tingkat PPKK Regional/Sub Regional; dan
 - c. Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan pada tingkat Kementerian Kesehatan
- (4) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kompetensi paling sedikit di bidang statistik, komputer, dan/atau epidemiologi.
- (5) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas :
- a. mengumpulkan dan menginput data dan informasi;
 - b. mengkonfirmasi data dan informasi;
 - c. mengolah data dan informasi;
 - d. menyebarluaskan Informasi Kesehatan dan pelaporan; dan
 - e. memelihara perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan

PENDANAAN

Pendanaan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang tidak mengikat.

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

- (1) Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk:
 - a. memperoleh data dan informasi secara cepat, tepat, akurat, dan sesuai kebutuhan untuk penanggulangan krisis kesehatan; dan
 - b. meningkatkan dan memudahkan akses penyusunan dan penyampaian data dan informasi penanggulangan krisis kesehatan.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
 - c. pemantauan dan evaluasi.

ALUR PENYAMPAIAN DATA DAN INFORMASI
SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

FORMULIR

PEMETAAN (PROFIL) PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

A. GAMBARAN UMUM

1. Gambaran umum wilayah
 - Luas wilayah dan rinciannya hingga tingkat kecamatan
 - Jumlah desa/kelurahan, RT/KK, penduduk dan kelompok rentan.
 - Topografi
 - Jenis rawan bencana.
2. Gambaran aksesibilitas wilayah
 - akses komunikasi
 - akses transportasi
 - waktu tempuh dan jarak ke ibukota kabupaten/kota/provinsi atau pusat regional.
3. Data kejadian krisis kesehatan
4. Data fasilitas pelayanan kesehatan
 - Nama sarana pelayanan kesehatan
 - Kapasitas tempat tidur
 - BOR
 - Jumlah tenaga kesehatan (dokter umum, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis jiwa, perawat, bidan, penata rontgen, apoteker, asisten apoteker, tenaga kesling, tenaga gizi).
 - Kepemilikan Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan.
 - Kepemilikan Protap Penanggulangan Krisis Kesehatan.

B. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN KESIAPSIAGAAN

1. Program kerja/kegiatan terkait penanggulangan krisis kesehatan
2. Rencana Kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan krisis kesehatan
3. Peraturan/kebijakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.
4. Pedoman/protap/juklak/juknis terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah disusun dan masih berlaku
5. Pertemuan koordinasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
6. Kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
7. Kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan.
8. Satuan Tugas kesehatan (TRC, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan) terkait penanggulangan krisis kesehatan.
9. Tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan krisis kesehatan.

10. Data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan krisis kesehatan.
11. Pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.
12. Sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
13. Alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
14. Ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.
15. Ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
16. Ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.

C. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
2. Gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
3. Gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan.
4. Gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat kejadian krisis kesehatan.
5. Gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
6. Gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian krisis kesehatan.
7. Gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat kejadian krisis kesehatan.
8. Gambaran kegiatan pemulihan pasca krisis kesehatan.

D. MANAJEMEN DATA INFORMASI DAN INFORMASI

1. Gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan.
2. Gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan.
3. Sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan.
4. Gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan.
5. Gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
6. Gambaran kegiatan penyebarluasan informasi yang dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan

**PETUNJUK PENGISIAN
PEMETAAN (PROFIL)
PENANGGULANGAN KRISIS
KESEHATAN**

A. GAMBARAN UMUM

1. Cukup jelas
2. Akses komunikasi diisi dengan jaringan komunikasi umum yang dapat digunakan. Akses transportasi diisi dengan jalur transportasi yang dapat digunakan dari ibukota kabupaten/kota/provinsi/pusat regional.
3. Cukup jelas.
4. Cukup jelas.

**B. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN
KESIAPSIAGAAN** Cukup jelas

C. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Apakah dilakukan mobilisasi TRC, Tim RHA maupun Tim Bankes pada saat terjadi krisis kesehatan.
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi TRC / Tim RHA sejak diketahui adanya kejadian krisis kesehatan hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan. Dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi Tim bankes dari sejak diketahui dibutuhkannya hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan.
3. Apakah dilakukan penilaian cepat kebutuhan kesehatan oleh tim RHA, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menggerakkan tim TRC dan waktu untuk melaksanakan penilaian.
4. Apakah dilakukan koordinasi saat tanggap darurat, berapa frekuensinya dan LP maupun LS apa saja yang terlibat.
5. Pelayanan kesehatan yang didirikan misalnya Poskes, Poskesling, RS lapangan, dsb. Jenis pelayanan kesehatan darurat lainnya yang dilakukan misalnya surveilans penyakit, sanitasi darurat, gizi darurat, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, imunisasi, promosi kesehatan, dsb.
6. Cukup jelas.
7. Diisi dengan jumlah korban yang berhasil dipulihkan secara medik atau secara kejiwaan serta jumlah dan jenis sarana kesehatan yang telah mengalami perbaikan dan peningkatan kemampuan.

D. SISTEM INFORMASI

1. Kegiatan pencatatan, analisa dan penyampaian informasi serta format yang digunakan apa telah sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
2. Penyampaian informasi apakah langsung diinformasikan ke Pusat tanpa menunggu permintaan, atau menunggu permintaan atau tidak diinformasikan.
3. Cukup jelas.

4. Apakah informasi disampaikan secara berjenjang, didirikan Pos Informasi 24 jam atau tidak atau tidak ada
5. Apakah dilakukan koordinasi informasi, berapa kali frekuensinya serta lintas program dan lintas sektor, apa saja.
6. Apa topik, sasaran serta media yang digunakan untuk penyebarluasan informasi.

FORMULIR II PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
 Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

D. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

E. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
 Kecamatan : Kabupaten/Kota : Provinsi :

No	Dusun	Desa	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

F. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

4. Korban luka ringan/rawat jalan

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

5. Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

G. FASILITAS UMUM

- Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :
 - Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
- Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
- Keadaan jaringan listrik :
 - Baik Terputus Belum tersedia/belum ada
- Sumber air bersih yang digunakan
 - Tercemar
 - Tidak tercemar

H. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No.	Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c. dst				

I. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH

- DILAKUKAN 1.
2.
3. dst

J. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN 1.

-
2.
3.

K. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. dst

L. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Pelapor

Instansi :

Jabatan :

(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- A. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis. banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- F. Jumlah Korban
1. Korban meninggal .
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
 2. Korban hilang
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

3. Cukup Jelas.
4. Cukup jelas.
5. Pengungsi
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Lokasi diisi dengan lokasi pengungsian.
 - (3) KK diisi dengan jumlah kepala keluarga dalam pengungsian tersebut.
 - (4) Laki-laki diisi dengan jumlah pengungsi laki-laki dalam pengungsian tersebut.
 - (5) Perempuan diisi dengan jumlah pengungsi perempuan dalam pengungsian tersebut .
 - (6) Jumlah jiwa diisi dengan jumlah total pengungsi dalam pengungsian tersebut.

G. Cukup jelas

H. Kondisi Fasilitas kesehatan

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (3) Cukup jelas
- (4) Cukup jelas
- (5) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (6) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR III

PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

A. NAMA DINAS KESEHATAN/PPK SUB REGIONAL/ PPK REGIONAL :
.....

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan :..... Tahun : Pukul :

D. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

E. LOKASI KEJADIAN KRISIS

KESEHATAN Provinsi

.....

No	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/dusun	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)

F. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasinya (Kab./Kota)	Rawat Inap			Rawat Jalan		
		L	P	Jml	L	P	Jml
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>J U M L A H</i>							

Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

G. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan:
 - Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
3. Keadaan jaringan listrik :
 - Baik
 - Terputus
 - Belum tersedia/belum ada
4. Sumber air bersih yang digunakan
 - Tercemar
 - Tidak tercemar

H. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No	Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c.				
	d. dst				

- I. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN**
1.
 2.
 3. dst

- J. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN**
- a.
 - b.
 - c.

- K. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA**
1.
 2.
 3. dst

- L. RENCANA TINDAK LANJUT**
-

...../...../20.....

Universitas

Esa Unggul

Pelapor

Instansi :

Jabatan :

Universitas

Esa U

(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN (DINAS KESEHATAN
KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB
REGIONAL/PPK REGIONAL)

- A. Diisi nama Dinkes/PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- F. Jumlah Korban
- a. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- b. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

G. Kondisi Fasilitas Kesehatan

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (3) Cukup jelas
- (4) Cukup jelas
- (5) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (6) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR IV

**PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE
SERVICE (SMS)***

A. Tanggal/Bulan/Tahun (TBT) :

B. Jenis kejadian krisis kesehatan (JK) :

C. Lokasi kejadian krisis kesehatan (LOK) :

D. Waktu kejadian krisis (PKL) :

E. Jumlah penduduk terancam/*population at risk* (PAR) :
.....

F. Jumlah Korban

1. Meninggal (MGL).....Orang

2. Hilang (HLG).....Orang

3. Luka berat (LB).....Orang

4. Luka ringan (LR).....Orang

5. Pengungsi/*internal displace person* (IDP).....Orang

G. Bantuan yang dibutuhkan (BTN)

Identitas Pengirim (Nama dan institusi)

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE*
***SERVICE* (SMS)**

- A. TBT : Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- B. JKK : Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, tanah longsor, dsb.
- C. LOK : Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan .
- D. PKL : Diisi dengan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- E. PAR : Diisi dengan jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut.
- F. Cukup Jelas
- G. Cukup Jelas

Contoh SMS sebagai berikut :

TBT : 4/10/2010

JKK : Banjir bandang

LOK : Distrik Wassior, Kab. Teluk Wondama, Prov. Papua Barat PKL
: 08.30 WIT

PAR : belum diketahui.

MGL : 08

HLG : 103

LB 15

LR 06

IDPs : 10.000 orang

BTN : MP ASI 3 ton.

Agus, Puskesmas Kembar

Dikirim ke SMS Gateway PPKK no. 081385904444 serta pejabat yang berwenang

**FORMULIR V PELAPORAN PENILAIAN KEBUTUHAN CEPAT
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN**

A. NAMA DINAS KESEHATAN :

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

D. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

E. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

F. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan lokasi (Kab/Kota)	Rawat Inap			5 kasus penyakit rawat inap terbanyak tiap fasyankes	Rawat Jalan			5 Kasus Penyakit rawat jalan terbanyak tiap fasyankes	Jumlah gangguan jiwa/ psikososial	
		L	P	Jml		L	P	Jml		Anak	Dewasa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

<i>Jumlah</i>											

Universitas
Esa Unggul

d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah

e. Pengungsi dan penduduk rentan:

Kab/ Kota	Kec dan dusun/desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan								
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia		
													L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
<i>Jumlah</i>																	

G. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Berat	Rusak Sedang	Rusak Ringan	Masih berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

H. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :

- Mudah dijangkau, menggunakan
- Sukar, karena

2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :

3. Keadaan jaringan listrik :

- Baik
- Terputus
- Belum tersedia/belum ada

4.

Air Bersih

- Cukup
- Tidak Cukup

I. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNGS

No	Jenis Fasilitas	Kondisi	
(1)	(2)	(3)	
1.	Jenis tempat penampungan	<input type="checkbox"/> bangunan permanen	<input type="checkbox"/> bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ² /or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	<input type="checkbox"/> memadai (min. 5L /or/hr pada hari pertama kejadian krisis dan 15 L/or/hari pada hari berikutnya)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
4.	Sarana Jamban Darurat	<input type="checkbox"/> memadai (min. 40 or/1 jamban)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ³ / 60 or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
6.	Sarana SPAL	<input type="checkbox"/> memadai (min. 4 m dari penampungan)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
7.	Penerangan	<input type="checkbox"/> Memadai (min. 60 lux)	<input type="checkbox"/> Tidak memadai

J. KETERSEDIAAN SUMBER

DAYA Dinas Kesehatan

a. Perbekalan Kesehatan:

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (3) Bahan Sanitasi
 - a. Kaporit :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - b. PAC :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - c. Aquatab :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - d. Kantong sampah :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - e. Repellent lalat :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - f. Hygiene kit :
 - Tidak cukup
 - Cukup

- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada
SDM :
Jumlah:
 Tidak Cukup Cukup
Kompetensi :
 Tidak Memenuhi Memenuhi

b. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik :
 Tidak berfungsi Berfungsi

Rumah Sakit / PKM

a. Perbekalan Kesehatan :

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Bahan Sanitasi
a. Kaporit :
 Tidak cukup Cukup
b. PAC :
 Tidak cukup Cukup
c. Aquatab :
 Tidak cukup Cukup
d. Kantong sampah :
 Tidak cukup Cukup
e. Repellent lalat :
 Tidak cukup Cukup
- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada
- (5) Air :
 Tidak cukup Cukup
- (6) Tempat Tidur :
 Tidak cukup Cukup

b. Kebutuhan tenaga kesehatan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Polindes, dsb)	Tenaga kesehatan yang tersedia		Tenaga kesehatan yang dibutuhkan		Ket.
		Jenis	Jml	Jenis	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1					
2					
3					
4					
dst					

c. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup

- K. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

- L. BANTUAN YANG DIPERLUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

- M. REKOMENDASI
 1.
 2.
 3.
 4. dst

...../...../20.....

Yang melaporkan
 Ketua Tim

Mengetahui,*
 Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota

NIP.

NIP.

Cat.: *Penandatanganan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

- A. Diisi nama Dinkes yang melaporkan.
- B. Diisi dengan jenis krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- F. Jumlah Korban
- a. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- b. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

- c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasi (Kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Rawat Inap L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat inap.
 - (4) Rawat Inap P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat inap.
 - (5) Jml yaitu penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) 5 kasus rawat inap terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat inap yang terbanyak pada masing-masing fasyankes
 - (7) Rawat Jalan L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat jalan.
 - (8) Rawat Jalan P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat jalan.
 - (9) Jumlah yaitu penjumlahan (7) dan (8)
 - (10) 5 kasus rawat jalan terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat jalan yang terbanyak di masing-masing fasyankes.
 - (11) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
 - (12) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
- d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB diisi dengan kesimpulan hasil analisis dari data dan informasi yang didapat mengenai jenis penyakit potensi KLB di wilayah tersebut.
- e. Pengungsi dan penduduk rentan.
- (1) Kab/Kota diisi nama kabupaten/kota tempat pengungsian
 - (2) Kec. & dusun/desa diisi nama kecamatan dan dusun atau desa tempat pengungsian.
 - (3) Cukup jelas
 - (4) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (5) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (6) Cukup jelas .
 - (7) Cukup jelas
 - (8) Jml yaitu penjumlahan (6) dan (7)
 - (9) KK yaitu jumlah seluruh kepala keluarga dalam pengungsian tersebut
 - (10) Bayi yaitu jumlah seluruh anak usia 0 – 11 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (11) Balita yaitu jumlah seluruh anak usia 12 – 60 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (12) – (17) Cukup jelas

G. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

H. Cukup jelas

I. Cukup jelas

J. Ketersediaan Sumber Daya

1.c. Transportasi operasional pelayanan kesehatan diisi berdasarkan ketersediaan alat transportasi yang dapat digunakan saat tanggap darurat seperti ambulans, kendaraan angkutan barang, kendaraan roda 4 lain, perahu karet, sepeda motor.

FORMULIR VI

PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS :

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

D. WAKTU PELAPORAN:
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

E. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

F. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Provinsi : Kab./Kota: Kec. :

No	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)

G. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas/ Pustu/ Polindes)	Rawat Inap					Rawat Jalan							Ket.
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)		Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
JUMLAH														

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

No	Lokasi Pengungsian (Desa/Dusun)	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
		Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
												L	P	L	P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

H. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

I. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Jumlah						

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh			
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Jumlah										

J. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN a.

- b.
 c.
 d. dst

K. PERMASALAHAN YANG ADA 1.

2.
 3.
 4. dst

L. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN 1.

2.
 3.
 4. dst

M. RENCANA TINDAK LANJUT 1.

2.
 3.
 4. dst

...../...../20....

Mengetahui,

Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

Universitas
Esa Unggul

NIP.

Universitas
Esa U

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- A. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- E. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- F. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- G. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
1. Korban meninggal.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
 2. Korban hilang.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.

- (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

- (1) No yaitu nomor urut
- (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
- (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
- (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (8) Jumlah merupakan penjumlahan (7) dan (8)
- (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
- (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
- (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
- (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
- (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.

4. Cukup jelas

H. Fasilitas kesehatan yang rusak

- (1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

I. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban 1-2

Cukup Jelas

3. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak

terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VII

PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN (DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

A. NAMA DINKES :

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

D. WAKTU PELAPORAN:
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

E. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

F. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kab/Kota	Kec.	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

G. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kab./Kota)	Rawat Inap						Rawat Jalan						Ket.	
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)			Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
JUMLAH															

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

Kab/ Kota	Kec dan dusun/ desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/ psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
													L	P	L	P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
Jumlah																

5. Jenis penyakit yang dirawat jalan :

- Trend penyakit potensi KLB
- Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

6. Kondisi gizi pengungsi (sasaran anak usia 0 – 60 bulan) :

Indeks	Kategori Status Gizi	Jumlah	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	a. Sangat Kurus		< -3 SD
	b. Kurus		-3 SD s.d. <-2 SD
	c. Normal		-2 SD s.d. 2 SD

d. Gemuk		> 2 SD
<i>JUMLAH</i>		

Persentase balita kurus dan sangat kurus terhadap jumlah anak yang diukur dan ditimbang

H. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.	
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
Jumlah												

I. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Upaya Sanitasi di Lokasi Krisis Kesehatan.....
 - a) Pengukuran kepadatan lalat
 - b) Pengendalian vektor
 - c) Pemeriksaan kualitas air dan udara
2. Upaya kesehatan reproduksi
3. Upaya kesehatan jiwa
4. Upaya distribusi obat dan perbekkes
5. Surveilans
6. Upaya pelayanan gizi.....
7. Tenaga kesehatan yang dimobilisasi
8. Bantuan yang diberikan.....
9.
10. dst

J. PERMASALAHAN YANG ADA a.

-
- b.
- c.
- d. dst

K. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN a.

- b.
- c.
- d. dst

L. RENCANA TINDAK LANJUT

- a.
- b.
- c.
- d. dst

...../...../20....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

- A. Diisi nama Dinkes PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- E. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- F. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- G. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
1. Korban meninggal.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
 2. Korban hilang.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
 - (1) No yaitu nomor urut
 - (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (8) Jml merupakan penjumlahan (7) dan (8)
 - (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
 - (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
 - (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
 - (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
 - (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
 - (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
 - (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.
4. Cukup jelas
5. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dari hari ke hari.
6. Cukup jelas

H. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb), sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan sarana penunjang (mis., *cold chain*, genset) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

I. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban

a-b Cukup Jelas

c. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VIII

PELAPORAN

PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

A. NAMA FASILITAS KESEHATAN :

B. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

C. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

D. WAKTU PELAPORAN :
Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

E. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

F. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban dirawat dan rujukan

Pasien baru		Masih Dirawat Inap		Pulang Sembuh (Kumulatif)		Dirujuk Kumulatif		Rawat Jalan Kumulatif		Ket. (Tujuan Rujukan)
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

G. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG RUSAK 1.

2.

3. dst.....

H. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi dan lain-lain (tergantung dari jumlah kasus yang dipantau):.....

No	Diagnosa	Rawat Inap						Ket
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			
		L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

4. Jenis penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap:

- (1) Trend penyakit potensi KLB
- (2) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

I. PERMASALAHAN SAAT INI

.....

J. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN

- K. 1.
2.
3. dst

L. RENCANA TINDAK LANJUT

Universitas
Esa Unggul

**MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK353)**

**SESI 14
KRISIS DAN IMAGE DI PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)**

**DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL
(FIKES 5661)**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023**

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Krisis dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Krisis di Provider Pelayanan Kesehatan di era digital dan pandemi
3. Memahami manfaat Krisis dan Imagedi Pelayanan Kesehatan di PPK1 dan PPK 2

B. Uraian dan Contoh

Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi. Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

- p. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
- q. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
- r. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan

4. Topik Perkuliahan : Strategi Pemasaran di Pelayanan Kesehatan

R. Uraian :

2. Krisis Kesehatan di Provider Pelayanan Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

8. Krisis Kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.
9. Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung penanggulangan krisis kesehatan
10. Prakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan, dan mitigasi kesehatan.
11. Tanggap Darurat Krisis kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
12. Pascakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera

untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

13. Pemetaan atau Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah informasi Prakrisis Kesehatan berisi tentang gambaran keadaan kondisi wilayah, sumber daya serta upaya yang dilakukan.
14. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPKK adalah unsur pendukung pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan di bidang penanggulangan krisis kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal.
13. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional/Sub Regional yang selanjutnya disingkat PPKK Regional/Sub Regional adalah unit fungsional di daerah yang ditunjuk untuk mendekatkan dan mempercepat dukungan bantuan kesehatan secara terkoordinasi pada kejadian bencana dan krisis kesehatan.
14. Pusat Pengendali Operasi Kesehatan yang selanjutnya disebut Pusdalopkes adalah unit teknis yang bertanggung jawab sebagai pengelola informasi kesehatan pada kejadian krisis kesehatan dan bencana sekaligus berfungsi sebagai pengendali koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait kesehatan.
15. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
16. Menteri Kesehatan yang selanjutnya disebut adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
17. Institusi Kesehatan adalah Lembaga Pemerintah bidang kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah.

Pengaturan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan bertujuan untuk:

- a. menjamin ketersediaan informasi Krisis Kesehatan yang cepat, tepat, akurat, konsisten, terkini, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar pengambilan kebijakan
- b. menjamin ketersediaan dan akses terhadap informasi krisis kesehatan yang bernilai pengetahuan serta dapat dipertanggungjawabkan;
- c. memberdayakan peran serta akademisi, swasta dan masyarakat dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
- d. mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dalam lingkup Sistem Informasi Kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna melalui penguatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Prakrisis Kesehatan

- (5) Data dan informasi pada tahap Prakrisis Kesehatan diperoleh dari Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (6) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbasis elektronik dan non elektronik.
- (7) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disusun dan disampaikan setiap tahun pada bulan Januari sampai dengan bulan April.
- (8) Contoh format penyusunan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan tercantum dalam Formulir I terlampir.
- (6) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) paling sedikit memuat:
 - a. gambaran umum wilayah;
 - b. upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan;
 - c. upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihanyang pernah dilakukan; dan
 - d. manajemen data dan informasi yang ada.
- (7) Gambaran umum wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit memuat:
 - a. data demografis dan geografis wilayah;
 - b. gambaran aksesibilitas wilayah;
 - c. data kejadian Krisis Kesehatan; dan
 - d. data fasilitas pelayanan kesehatan.
- (8) Upaya pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit memuat:
 - a. program kerja atau kegiatan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - b. rencana kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - c. peraturan/kebijakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - q. pedoman/prosedur tetap/petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - r. pertemuan koordinasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - s. kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - t. kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan;

- u. satuan tugas kesehatan (Tim Reaksi Cepat (TRC), Tim *Rapid Health Assesment* (RHA), dan tim bantuan kesehatan) terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - v. tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - w. data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - x. pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - y. sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
 - z. alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
 - aa. ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat Krisis kesehatan;
 - bb. ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan; dan
 - cc. ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat krisis kesehatan.
- (9) Upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihan yang pernah dilakukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c paling sedikit memuat:
- a. mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian Krisis Kesehatan;
 - b. gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
 - c. gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan;
 - d. gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat krisis kesehatan;
 - e. gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
 - i. gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian Krisis Kesehatan.
 - j. gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat krisis kesehatan; dan
 - k. gambaran kegiatan pemulihan Pascakrisis Kesehatan.
- (10) Manajemen data dan informasi yang ada sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d paling sedikit memuat:
- a. gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan;
 - b. gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - c. sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - d. gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan;
 - e. gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
 - f. gambaran kegiatan penyebarluasan informasi yang

dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan.

Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana tingkat provinsi dan kabupaten/kota disebarluaskan pada :

- g. PPKK;
- h. PPKK Regional/Subregional;
- i. Gubernur/Sekretaris Daerah Provinsi;
- j. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi;
- k. badan, lembaga, atau institusi terkait; dan
- l. masyarakat yang membutuhkan informasi terkait penanggulangan Krisis Kesehatan.

Bagian Kedua Tanggap Darurat Krisis kesehatan

Data dan informasi pada tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan diperoleh dari:

- c. laporan awal Krisis Kesehatan;
 - d. laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan;
 - e. laporan perkembangan Krisis Kesehatan; dan
 - f. laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (4) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a paling sedikit memuat:
- a. nama institusi;
 - b. jenis Krisis Kesehatan;
 - c. waktu kejadian krisis kesehatan;
 - d. lokasi kejadian krisis kesehatan;
 - e. deskripsi kejadian krisis kesehatan;
 - f. jumlah korban;
 - g. fasilitas umum;
 - h. kondisi fasilitas kesehatan;
 - i. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
 - j. hambatan pelayanan kesehatan;
 - k. bantuan yang diperlukan segera; dan
 - l. rencana tindak lanjut.
- (5) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan segera setelah kejadian awal krisis kesehatan diketahui.
- (6) Contoh format laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II, III, dan IV terlampir.

- (4) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b paling sedikit memuat:
- a. nama institusi;
 - b. jenis Krisis Kesehatan;
 - c. waktu kejadian Krisis Kesehatan;
 - d. lokasi kejadian Krisis Kesehatan;
 - e. deskripsi kejadian Krisis Kesehatan;
 - f. jumlah korban;
 - g. fasilitas kesehatan yang rusak;
 - h. fasilitas umum;
 - i. kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi penampungan pengungsi;
 - n. ketersediaan sumber daya;
 - o. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
 - p. bantuan yang diperlukan; dan
 - q. rekomendasi.
- (5) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan disusun dan disampaikan segera setelah laporan awal krisis kesehatan diterima.
- (6) Contoh format laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir V terlampir.
- (4) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c paling sedikit memuat:
- a. nama institusi;
 - b. jenis krisis kesehatan;
 - c. waktu kejadian krisis kesehatan;
 - d. waktu pelaporan;
 - e. lokasi krisis kesehatan;
 - f. deskripsi Krisis kesehatan
 - g. jumlah korban keadaan terakhir;
 - h. fasilitas kesehatan yang rusak;
 - i. perkembangan kondisi kesehatan korban;
 - j. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
 - k. permasalahan yang ada;
 - l. bantuan segera yang diperlukan; dan
 - m. rencana tindak lanjut.
- (5) Laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan setiap kali terjadi perkembangan informasi penanggulangan krisis kesehatan.
- (6) Contoh format laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VI dan VII terlampir.

- (3) Laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf d paling sedikit memuat:
 - a. nama fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. jenis krisis kesehatan;
 - c. waktu kejadian krisis kesehatan;
 - d. waktu pelaporan
 - e. lokasi krisis kesehatan;
 - f. jumlah korban;
 - g. fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak;
 - h. perkembangan kondisi kesehatan korban;
 - i. permasalahan saat ini;
 - j. bantuan segera yang diperlukan; dan
 - k. rencana tindak lanjut.
- (4) Contoh format laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VIII terlampir.

Bagian Ketiga Pascakrisis kesehatan

- (4) Data dan informasi pada tahap Pascakrisis Kesehatan berupa laporan yang memuat :
 - a. hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan Pascakrisis Kesehatan;
 - b. kesepakatan rencana aksi rehabilitasi rekonstruksi Pascakrisis Kesehatan; dan
 - c. hasil pemantauan dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana aksi rehabilitasi dan rekonstruksi yang telah disusun.
- (5) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan dilakukan oleh Tim Penilai Kerusakan dan Kerugian Pasca bencana.
- (6) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan disusun sesuai dengan ketentuan Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana.

PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Pengumpulan dan Pengolahan Data

- (3) Pengumpulan data merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan melalui pengisian Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan atau formulir pelaporan.
- (4) Media penyampaian informasi yang dapat digunakan untuk pengumpulan data dapat berupa:
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;

- e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g.** *email*;
 - h. *website*; atau
 - i.** Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan *online*.
- (3) Pengolahan data merupakan serangkaian kegiatan untuk mengolah data menjadi informasi.
- (4) Pengolahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk menghasilkan informasi :
- a. besaran dan kecenderungan permasalahan kesehatan;
 - b. kebutuhan sumber daya untuk pelayanan kesehatan dan sanitasi dasar;
 - c. kebutuhan dan distribusi bantuan; dan
 - d. kebutuhan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan

Bagian Kedua Penyampaian Data dan Informasi

Paragraf 1 Prakrisis kesehatan

- (5) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, PPKK Sub Regional, PPKK Regional, sampai dengan PPKK.
- (6) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (7) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (8) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional

Paragraf 2 Tanggap Darurat Krisis kesehatan

Pasal

- (4) Laporan awal Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi

kesehatan dan lintas sektor terkait yang pertama kali mengetahui terjadinya Krisis kesehatan.

- (5) Laporan awal Krisis Kesehatan dilakukan secara berjenjang.
 - (6) Dalam hal laporan awal Krisis Kesehatan tidak dilakukan secara berjenjang, institusi kesehatan yang menerima laporan awal krisis kesehatan melakukan hal sebagai berikut:
 - a. konfirmasi laporan awal Krisis kesehatan; dan
 - b. menyampaikan laporan awal Krisis Kesehatan secara berjenjang.
 - (7) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
 - (8) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
 - (9) Kepala PPKK menyampaikan laporan awal krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
-
- (6) Penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan dilaksanakan sesegera mungkin oleh Tim Reaksi Cepat.
 - (7) Hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara berjenjang.
 - (8) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
 - (9) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
 - (10) Kepala PPKK menyampaikan laporan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
 - (7) Dalam hal hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan disampaikan langsung kepada PPKK, PPKK melakukan hal sebagai berikut:
 - a. mengonfirmasi hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan ke dinas kesehatan provinsi; dan
 - b. menindaklanjuti secara berjenjang permintaan kebutuhan berdasarkan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan.

LAPORAN

- (7) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan, dan lintas sektor terkait.
- (8) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (9) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (10) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (11) Kepala PPKK menyampaikan laporan perkembangan kejadian Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (12) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya penanggulangan Krisis kesehatan, Unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Paragraf 3 Pascakrisis Kesehatan

- (7) Laporan Pascakrisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan dan lintas sektor terkait.
- (8) Laporan Pascakrisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (9) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat
- (10) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat
- (11) Kepala PPKK menyampaikan laporan pasca krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (12) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya Pascakrisis Kesehatan, unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Bagan alur penyampaian laporan awal Krisis Kesehatan, laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan, laporan perkembangan Krisis Kesehatan, laporan perkembangan pasien di klinik dan rumah sakit, laporan kegiatan lintas program, dan laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 sampai dengan Pasal 18 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Ketiga

Penyajian dan Penyebarluasan Informasi

- (4) Informasi Krisis Kesehatan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, pemetaan, narasi, gambar, foto, film, slide show, dan/atau peta.
- (5) Informasi disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan berupa:
 - a. surat;
 - b. laporan;
 - c. buku;
 - d. artikel;
 - e. leaflet;
 - f. poster;
- (6) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan melalui media elektronik maupun non elektronik berupa :
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;
 - e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g. email;**
 - h. *website*; atau
 - i. sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan *online*.**

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (3) Dalam menunjang pelaksanaan tugas untuk pengelolaan data dan informasi penanggulangan Krisis Kesehatan secara cepat, tepat dan akurat, perlu dikembangkan sistem informasi yang selaras dengan perkembangan teknologi informasi.
- (4) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan diarahkan terintegrasi, *online*, dan *realtime*.

- (3) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan, hasil monitoring dan evaluasi, dan perkembangan kebijakan.

PERANGKAT SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (6) Pengelolaan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan menggunakan perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan.
- (7) Perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas perangkat keras dan perangkat lunak.
- (8) Perangkat keras sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas elektronik dan non elektronik.
- (9) Penggunaan perangkat sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan teknologi informasi serta menghormati hak atas kekayaan intelektual sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (10) Perangkat keras elektronik dan perangkat lunak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ayat (3) dan harus memiliki kemampuan:
- menerima, mengirimkan, memproses, dan mempublikasikan dokumen elektronik;
 - menyimpan data;
 - membuat cadangan data secara otomatis yang disimpan terpisah untuk mengantisipasi kerusakan atau insiden yang tidak diinginkan;
 - mudah diperbaiki dengan cepat jika mengalami gangguan, kerusakan, atau insiden yang tidak diinginkan dalam masa pengoperasiannya; dan
 - mudah adaptasi atau terhubung dengan sistem informasi lainnya yang terkait penanggulangan krisis kesehatan.

PENGGORGANISASIAN

N

- (6) Struktur organisasi Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas penanggung jawab dan pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (7) Penanggung jawab Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas:
- kepala dinas kesehatan kabupaten/kota pada tingkat kabupaten/kota;
 - kepala dinas kesehatan provinsi pada tingkat provinsi;
 - ketua PPKK Sub Regional pada tingkat PPKK Sub Regional;
 - ketua PPKK Regional pada tingkat PPKK Regional; dan
 - Kepala PPKK pada tingkat pusat.
- (8) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana

- dimaksud pada ayat (1) terdiri atas tenaga pada:
- a. Puskalokes atau unit kerja yang ditunjuk oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi;
 - b. Sekretariat PPKK Regional/Sub Regional pada tingkat PPKK Regional/Sub Regional; dan
 - c. Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan pada tingkat Kementerian Kesehatan
- (9) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kompetensi paling sedikit di bidang statistik, komputer, dan/atau epidemiologi.
- (10) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas :
- a. mengumpulkan dan menginput data dan informasi;
 - b. mengkonfirmasi data dan informasi;
 - c. mengolah data dan informasi;
 - d. menyebarluaskan Informasi Kesehatan dan pelaporan; dan
 - e. memelihara perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan

PENDANA AN

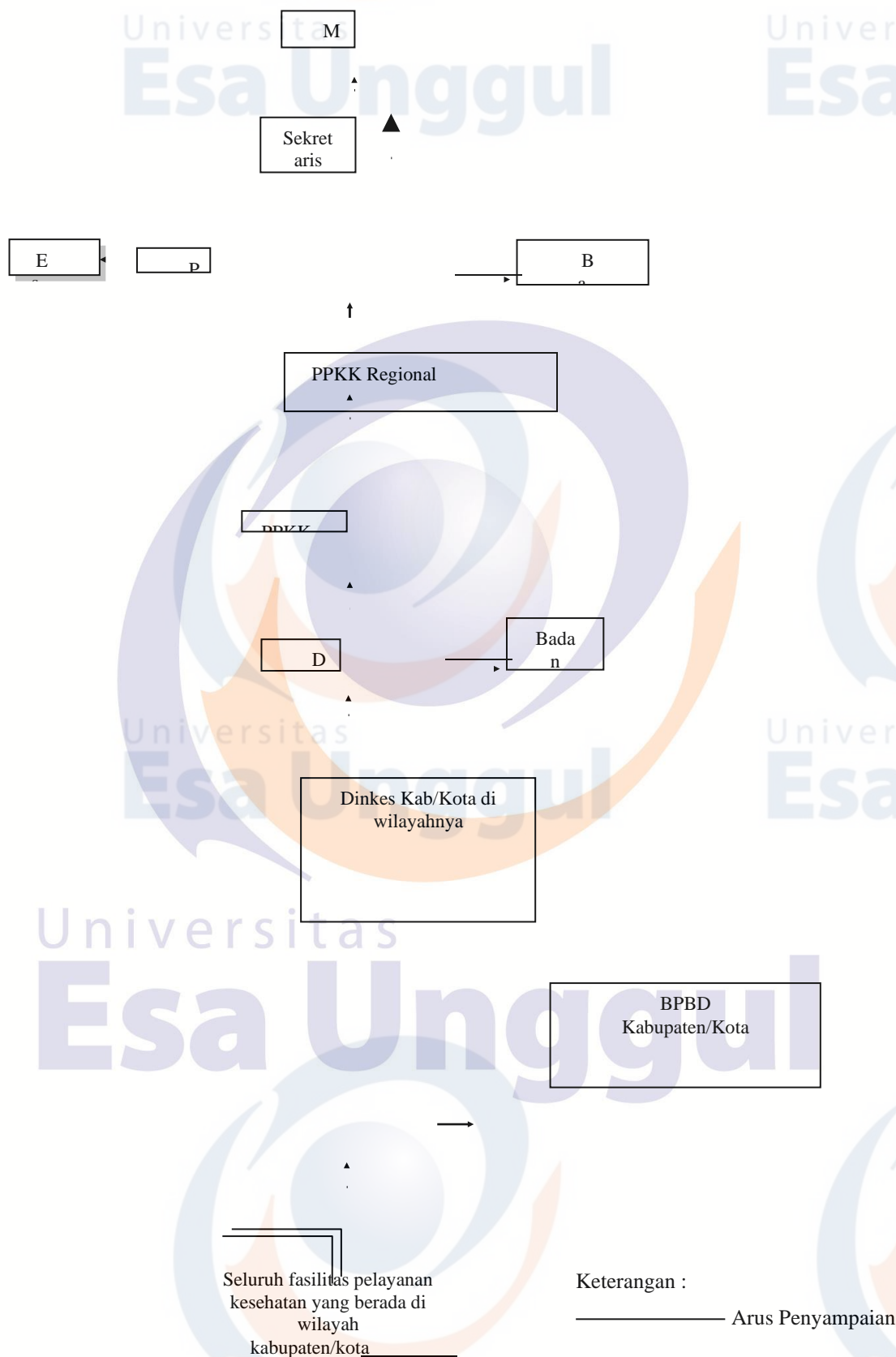
Pendanaan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang tidak mengikat.

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

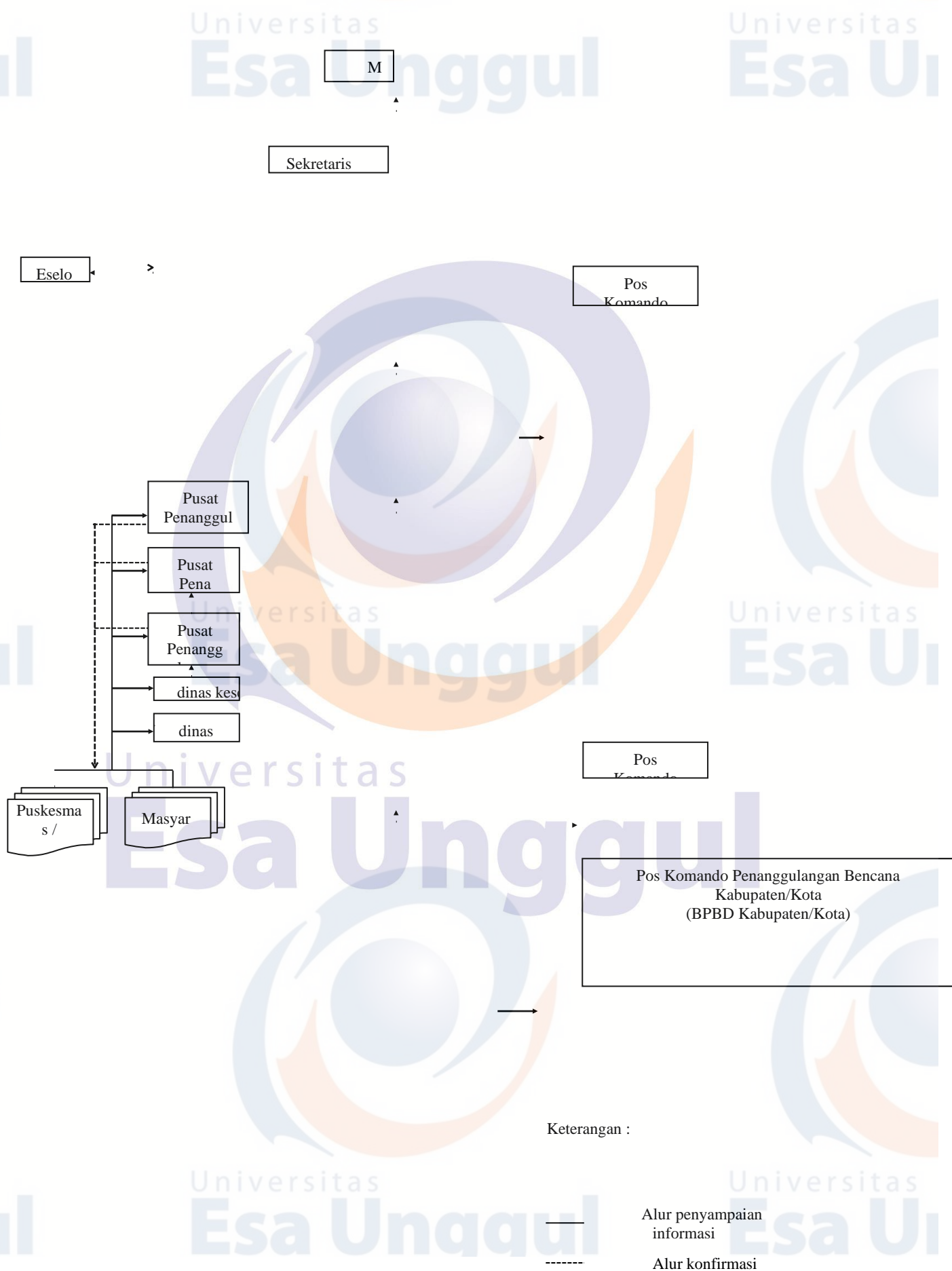
- (4) Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (5) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk:
 - a. memperoleh data dan informasi secara cepat, tepat, akurat, dan sesuai kebutuhan untuk penanggulangan krisis kesehatan; dan
 - b. meningkatkan dan memudahkan akses penyusunan dan penyampaian data dan informasi penanggulangan krisis kesehatan.
- (6) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
 - c. pemantauan dan evaluasi.

ALUR PENYAMPAIAN DATA DAN INFORMASI SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

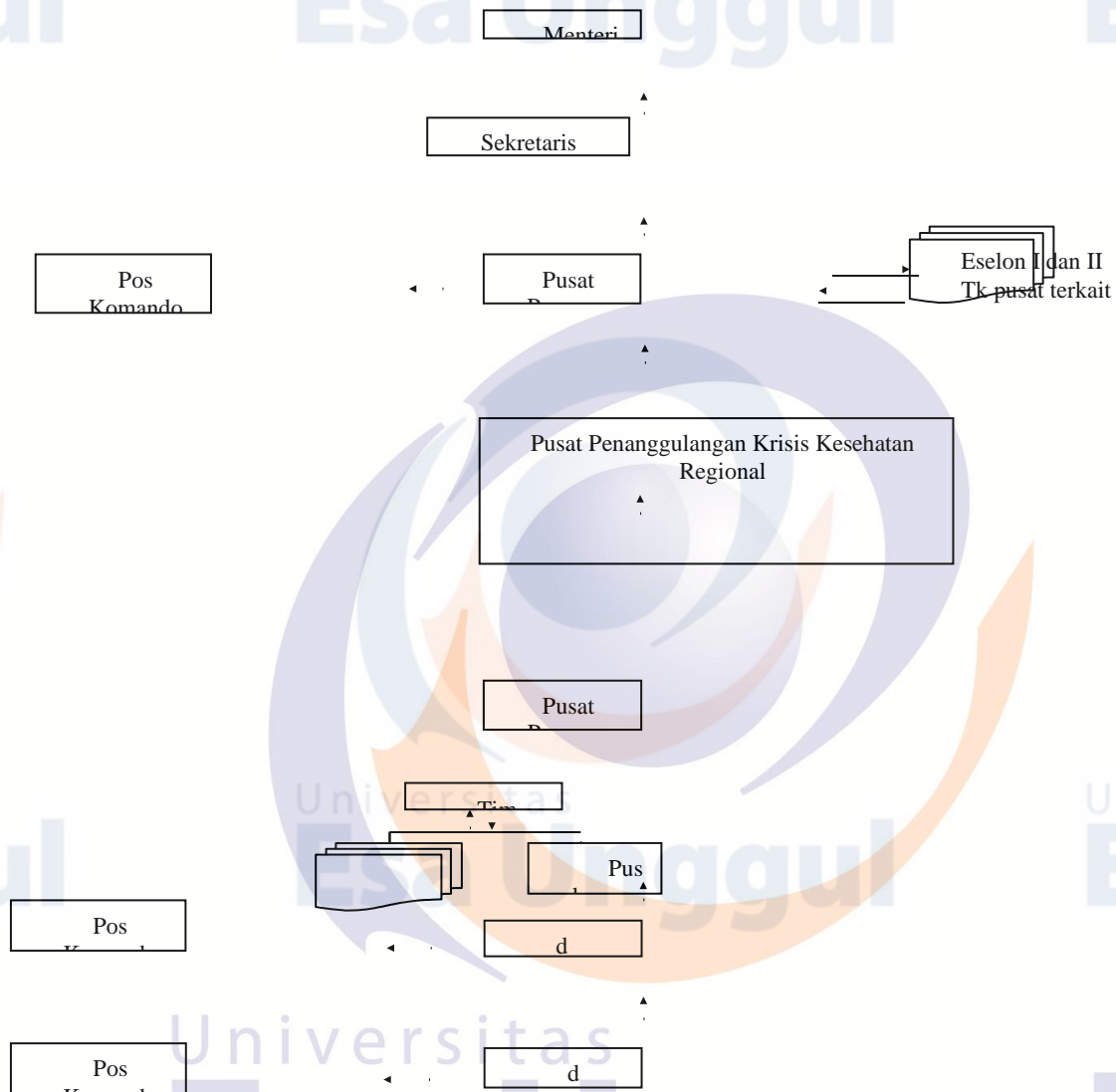
Bagan 1
Alur Penyampaian Informasi Prakrisis Kesehatan



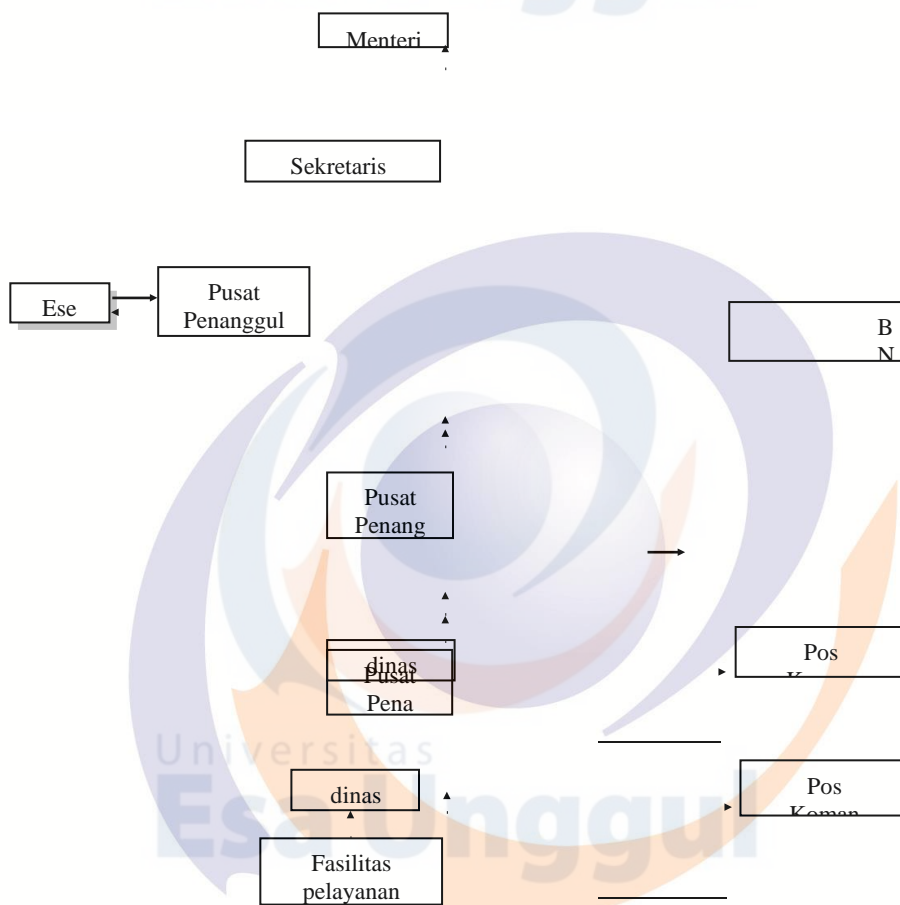
Bagan 2
 Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Awal Kejadian Krisis Kesehatan



Bagan 3
Alur Penyampaian Informasi Penilaian Cepat Kesehatan Penanggulangan
Krisis Kesehatan

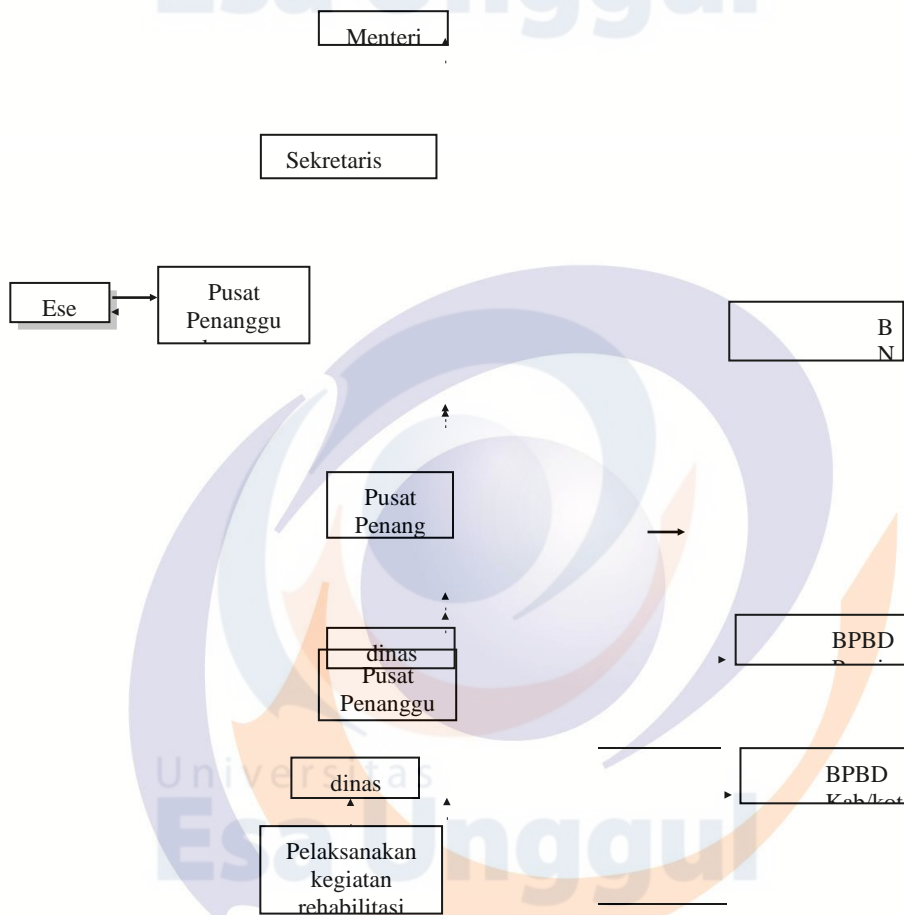


Bagan 4
 Alur Penyampaian Informasi Perkembangan
 Penanggulangan Krisis kesehatan



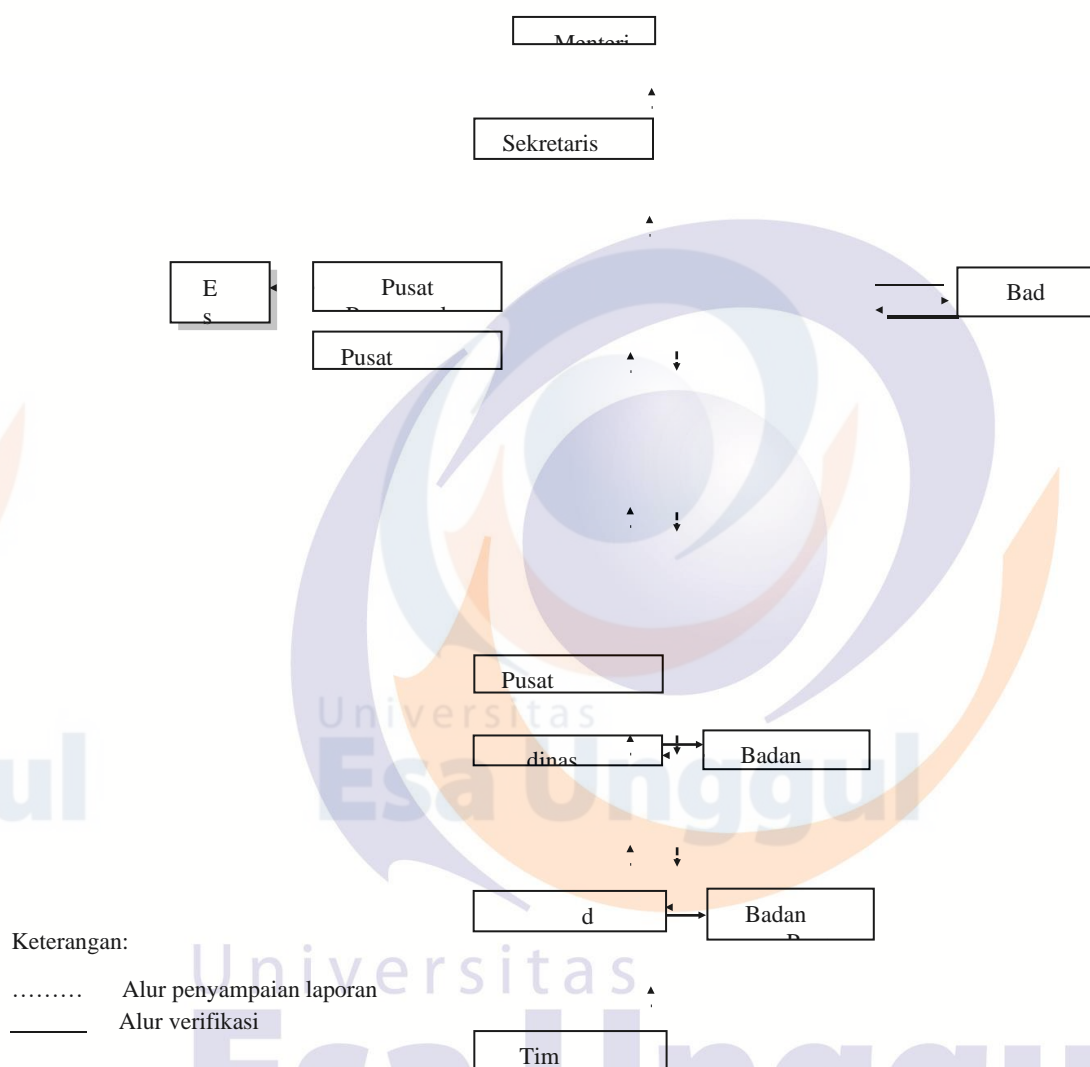
Universitas
Esa Unggul

Bagan 5
Alur Penyampaian Informasi Pascakrisis Kesehatan



Universitas
Esa Unggul

Alur Penyampaian Informasi Penilaian
Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan
Bidang Kesehatan Pascakrisis Kesehatan



FORMULIR I

PEMETAAN (PROFIL) PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

E. GAMBARAN UMUM

1. Gambaran umum wilayah
 - Luas wilayah dan rinciannya hingga tingkat kecamatan
 - Jumlah desa/kelurahan, RT/KK, penduduk dan kelompok rentan.
 - Topografi
 - Jenis rawan bencana.
2. Gambaran aksesibilitas wilayah
 - akses komunikasi
 - akses transportasi
 - waktu tempuh dan jarak ke ibukota kabupaten/kota/provinsi atau pusat regional.
3. Data kejadian krisis kesehatan
4. Data fasilitas pelayanan kesehatan
 - Nama sarana pelayanan kesehatan
 - Kapasitas tempat tidur
 - BOR
 - Jumlah tenaga kesehatan (dokter umum, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis jiwa, perawat, bidan, penata rontgen, apoteker, asisten apoteker, tenaga kesling, tenaga gizi).
 - Kepemilikan Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan.
 - Kepemilikan Protap Penanggulangan Krisis Kesehatan.

F. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN KESIAPSIAGAAN

1. Program kerja/kegiatan terkait penanggulangan krisis kesehatan
2. Rencana Kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan krisis kesehatan
3. Peraturan/kebijakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.
4. Pedoman/protap/juklak/juknis terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah disusun dan masih berlaku
5. Pertemuan koordinasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
6. Kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
7. Kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan.
8. Satuan Tugas kesehatan (TRC, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan) terkait penanggulangan krisis kesehatan.
9. Tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan krisis kesehatan.
10. Data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan krisis kesehatan.
11. Pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.

12. Sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
13. Alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
14. Ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.
15. Ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
16. Ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.

G. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
2. Gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
3. Gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan.
4. Gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat kejadian krisis kesehatan.
5. Gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
6. Gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian krisis kesehatan.
7. Gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat kejadian krisis kesehatan.
8. Gambaran kegiatan pemulihan pasca krisis kesehatan.

H. MANAJEMEN DATA INFORMASI DAN INFORMASI

1. Gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan.
2. Gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan.
3. Sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan.
4. Gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan.
5. Gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
6. Gambaran kegiatan penyebarluasan informasi yang dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan

**PETUNJUK PENGISIAN
PEMETAAN (PROFIL)
PENANGGULANGAN KRISIS
KESEHATAN**

E. GAMBARAN UMUM

1. Cukup jelas
2. Akses komunikasi diisi dengan jaringan komunikasi umum yang dapat digunakan. Akses transportasi diisi dengan jalur transportasi yang dapat digunakan dari ibukota kabupaten/kota/provinsi/pusat regional.
3. Cukup jelas.
4. Cukup jelas.

**F. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN
KESIAPSIAGAAN** Cukup jelas

G. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Apakah dilakukan mobilisasi TRC, Tim RHA maupun Tim Bankes pada saat terjadi krisis kesehatan.
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi TRC / Tim RHA sejak diketahui adanya kejadian krisis kesehatan hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan. Dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi Tim bankes dari sejak diketahui dibutuhkannya hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan.
3. Apakah dilakukan penilaian cepat kebutuhan kesehatan oleh tim RHA, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menggerakkan tim TRC dan waktu untuk melaksanakan penilaian.
4. Apakah dilakukan koordinasi saat tanggap darurat, berapa frekuensinya dan LP maupun LS apa saja yang terlibat.
5. Pelayanan kesehatan yang didirikan misalnya Poskes, Poskesling, RS lapangan, dsb. Jenis pelayanan kesehatan darurat lainnya yang dilakukan misalnya surveilans penyakit, sanitasi darurat, gizi darurat, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, imunisasi, promosi kesehatan, dsb.
6. Cukup jelas.
7. Diisi dengan jumlah korban yang berhasil dipulihkan secara medik atau secara kejiwaan serta jumlah dan jenis sarana kesehatan yang telah mengalami perbaikan dan peningkatan kemampuan.

H. SISTEM INFORMASI

1. Kegiatan pencatatan, analisa dan penyampaian informasi serta format yang digunakan apa telah sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
2. Penyampaian informasi apakah langsung diinformasikan ke Pusat tanpa menunggu permintaan, atau menunggu permintaan atau tidak diinformasikan.
3. Cukup jelas.

4. Apakah informasi disampaikan secara berjenjang, didirikan Pos Informasi 24 jam atau tidak atau tidak ada
5. Apakah dilakukan koordinasi informasi, berapa kali frekuensinya serta lintas program dan lintas sektor, apa saja.
6. Apa topik, sasaran serta media yang digunakan untuk penyebarluasan informasi.

FORMULIR II PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS

M. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

N. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

O. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

.....

P. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

Kecamatan : Kabupaten/Kota : Provinsi :

No	Dusun	Desa	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Q. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

4. Korban luka ringan/rawat jalan

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

5. Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

R. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :
 - Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
3. Keadaan jaringan listrik :
 - Baik Terputus Belum tersedia/belum ada
4. Sumber air bersih yang digunakan
 - Tercemar
 - Tidak tercemar

S. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No.	Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c. dst				

T. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN 1.

2.
3. dst

U. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN 1.

2.
3.

V. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. dst

W. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Pelapor
Instansi :
Jabatan :

Universitas
Esa Unggul
(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- I. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- J. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- K. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- L. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis. banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- M. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- N. Jumlah Korban
6. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
7. Korban hilang
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

8. Cukup Jelas.

9. Cukup jelas.

10. Pengungsi

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Lokasi diisi dengan lokasi pengungsian.
- (3) KK diisi dengan jumlah kepala keluarga dalam pengungsian tersebut.
- (4) Laki-laki diisi dengan jumlah pengungsi laki-laki dalam pengungsian tersebut.
- (5) Perempuan diisi dengan jumlah pengungsi perempuan dalam pengungsian tersebut .
- (6) Jumlah jiwa diisi dengan jumlah total pengungsi dalam pengungsian tersebut.

O. Cukup jelas

P. Kondisi Fasilitas kesehatan

- (7) No yaitu nomor urutan
- (8) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (9) Cukup jelas
- (10) Cukup jelas
- (11) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (12) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR III

PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

M. NAMA DINAS KESEHATAN/PPK SUB REGIONAL/ PPK REGIONAL :

.....

N. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

O. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Tanggal: Bulan :..... Tahun : Pukul :

P. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

.....

Q. LOKASI KEJADIAN KRISIS

KESEHATAN Provinsi

.....

No	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/dusun	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)

R. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasinya (Kab./Kota)	Rawat Inap			Rawat Jalan		
		L	P	Jml	L	P	Jml
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>J U M L A H</i>							

Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

S. FASILITAS UMUM

5. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan:
- Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
6. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
7. Keadaan jaringan listrik :
- Baik
 - Terputus
 - Belum tersedia/belum ada
8. Sumber air bersih yang digunakan
- Tercemar
 - Tidak tercemar

T. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No	Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c.				
	d. dst				

- U. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN**
1.
 2.
 3. dst

V. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN

- a.
- b.
- c.

W. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. dst

X. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Universitas

Esa Unggul

Pelapor

Instansi :

Jabatan :

Universitas

Esa U

(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN (DINAS KESEHATAN
KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB
REGIONAL/PPK REGIONAL)

- H. Diisi nama Dinkes/PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- I. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- J. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- K. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- L. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- M. Jumlah Korban
- c. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- d. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

N. Kondisi Fasilitas Kesehatan

- (7) No yaitu nomor urutan
- (8) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (9) Cukup jelas
- (10) Cukup jelas
- (11) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (12) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR IV

**PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE
SERVICE (SMS)***

H. Tanggal/Bulan/Tahun (TBT) :

I. Jenis kejadian krisis kesehatan (JK) :

J. Lokasi kejadian krisis kesehatan (LOK) :

K. Waktu kejadian krisis (PKL) :

L. Jumlah penduduk terancam/*population at risk* (PAR) :
.....

M. Jumlah Korban

- 1. Meninggal (MGL).....Orang
- 2. Hilang (HLG).....Orang
- 3. Luka berat (LB).....Orang
- 4. Luka ringan (LR).....Orang
- 5. Pengungsi/*internal displace person* (IDP).....Orang

N. Bantuan yang dibutuhkan (BTN)

Identitas Pengirim (Nama dan institusi)

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE*
***SERVICE* (SMS)**

- H. TBT : Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- I. JKK : Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, tanah longsor, dsb.
- J. LOK : Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan .
- K. PKL : Diisi dengan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- L. PAR : Diisi dengan jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut.
- M. Cukup Jelas
- N. Cukup Jelas

Contoh SMS sebagai berikut :

TBT : 4/10/2010

JKK : Banjir bandang

LOK : Distrik Wassior, Kab. Teluk Wondama, Prov. Papua Barat PKL
: 08.30 WIT

PAR : belum diketahui.

MGL : 08

HLG : 103

LB 15

LR 06

IDPs : 10.000 orang

BTN : MP ASI 3 ton.

Agus, Puskesmas Kembar

Dikirim ke SMS Gateway PPKK no. 081385904444 serta pejabat yang berwenang

**FORMULIR V PELAPORAN PENILAIAN KEBUTUHAN CEPAT
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN**

A. NAMA DINAS KESEHATAN :

I. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

J. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

K. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

L. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

M. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan lokasi (Kab/Kota)	Rawat Inap			5 kasus penyakit rawat inap terbanyak tiap fasyankes	Rawat Jalan			5 Kasus Penyakit rawat jalan terbanyak tiap fasyankes	Jumlah gangguan jiwa/ psikososial	
		L	P	Jml		L	P	Jml		Anak	Dewasa

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
<i>Jumlah</i>											

Universitas
Esa Unggul

d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah

e. Pengungsi dan penduduk rentan:

Kab/ Kota	Kec dan dusun/desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan								
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia		
													L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
<i>Jumlah</i>																	

N. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Berat	Rusak Sedang	Rusak Ringan	Masih berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

O. FASILITAS UMUM

5. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :
- Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena

6. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :

7. Keadaan jaringan listrik :
- Baik
 - Terputus
 - Belum tersedia/belum ada

8. Air Bersih
- Cukup
 - Tidak Cukup

N. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNGS

No	Jenis Fasilitas	Kondisi	
(1)	(2)	(3)	
1.	Jenis tempat penampungan	<input type="checkbox"/> bangunan permanen	<input type="checkbox"/> bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ² /or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	<input type="checkbox"/> memadai (min. 5L /or/hr pada hari pertama kejadian krisis dan 15 L/or/hari pada hari berikutnya)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
4.	Sarana Jamban Darurat	<input type="checkbox"/> memadai (min. 40 or/1 jamban)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ³ / 60 or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
6.	Sarana SPAL	<input type="checkbox"/> memadai (min. 4 m dari penampungan)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
7.	Penerangan	<input type="checkbox"/> Memadai (min. 60 lux)	<input type="checkbox"/> Tidak memadai

O. KETERSEDIAAN SUMBER

DAYA Dinas Kesehatan

a. Perbekalan Kesehatan:

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (3) Bahan Sanitasi
 - g. Kaporit :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - h. PAC :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - i. Aquatab :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - j. Kantong sampah :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - k. Repellent lalat :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - 1. Hygiene kit :
 - Tidak cukup
 - Cukup

- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada
SDM :
Jumlah:
 Tidak Cukup Cukup
Kompetensi :
 Tidak Memenuhi Memenuhi

c. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik :
 Tidak berfungsi Berfungsi

Rumah Sakit / PKM

b. Perbekalan Kesehatan :

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Bahan Sanitasi
f. Kaporit :
 Tidak cukup Cukup
g. PAC :
 Tidak cukup Cukup
h. Aquatab :
 Tidak cukup Cukup
i. Kantong sampah :
 Tidak cukup Cukup
j. Repellent lalat :
 Tidak cukup Cukup
- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada
- (5) Air :
 Tidak cukup Cukup
- (6) Tempat Tidur :
 Tidak cukup Cukup

d. Kebutuhan tenaga kesehatan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Polindes, dsb)	Tenaga kesehatan yang tersedia		Tenaga kesehatan yang dibutuhkan		Ket.
		Jenis	Jml	Jenis	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1					
2					
3					
4					
dst					

e. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup

P. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

Q. BANTUAN YANG DIPERLUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

R. REKOMENDASI
 1.
 2.
 3.
 4. dst

...../...../20.....

Yang melaporkan
 Ketua Tim

Mengetahui,*
 Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota

NIP.

NIP.

Cat.: *Penandatanganan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

- K. Diisi nama Dinkes yang melaporkan.
- L. Diisi dengan jenis krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- M. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- N. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- O. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- P. Jumlah Korban
- f. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- g. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

- h. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasi (Kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Rawat Inap L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat inap.
 - (4) Rawat Inap P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat inap.
 - (5) Jml yaitu penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) 5 kasus rawat inap terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat inap yang terbanyak pada masing-masing fasyankes
 - (7) Rawat Jalan L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat jalan.
 - (8) Rawat Jalan P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat jalan.
 - (9) Jumlah yaitu penjumlahan (7) dan (8)
 - (10) 5 kasus rawat jalan terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat jalan yang terbanyak di masing-masing fasyankes.
 - (11) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
 - (12) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
- i. Jenis penyakit yang berpotensi KLB diisi dengan kesimpulan hasil analisis dari data dan informasi yang didapat mengenai jenis penyakit potensi KLB di wilayah tersebut.
- j. Pengungsi dan penduduk rentan.
- (1) Kab/Kota diisi nama kabupaten/kota tempat pengungsian
 - (2) Kec. & dusun/desa diisi nama kecamatan dan dusun atau desa tempat pengungsian.
 - (3) Cukup jelas
 - (4) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (5) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (6) Cukup jelas .
 - (7) Cukup jelas
 - (8) Jml yaitu penjumlahan (6) dan (7)
 - (9) KK yaitu jumlah seluruh kepala keluarga dalam pengungsian tersebut
 - (10) Bayi yaitu jumlah seluruh anak usia 0 – 11 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (11) Balita yaitu jumlah seluruh anak usia 12 – 60 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (12) – (17) Cukup jelas

Q. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

R. Cukup jelas

S. Cukup jelas

T. Ketersediaan Sumber Daya

1.c. Transportasi operasional pelayanan kesehatan diisi berdasarkan ketersediaan alat transportasi yang dapat digunakan saat tanggap darurat seperti ambulans, kendaraan angkutan barang, kendaraan roda 4 lain, perahu karet, sepeda motor.

Universitas
Esa Unggul

FORMULIR VI

PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS :

N. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

O. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
 Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

P. WAKTU PELAPORAN:
 Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

Q. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

R. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
 Provinsi : Kab./Kota : Kec. :

No	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)

S. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas/ Pustu/ Polindes)	Rawat Inap					Rawat Jalan							Ket.
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)		Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
<i>JUMLAH</i>														

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

No	Lokasi Pengungsian (Desa/Dusun)	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
		Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
												L	P	L	P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
<i>JUMLAH</i>															

T. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

U. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>Jumlah</i>							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Jumlah						

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh			
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
	Jumlah										

V. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN a.

- b.
- c.
- d. dst

W. PERMASALAHAN YANG ADA 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

X. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

Y. RENCANA TINDAK LANJUT 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

...../...../20....

Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- J. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- K. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- L. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- M. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- N. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- O. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- P. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
5. Korban meninggal.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
6. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.

- (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

7. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

- (1) No yaitu nomor urut
- (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
- (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
- (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (8) Jumlah merupakan penjumlahan (7) dan (8)
- (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
- (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
- (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
- (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
- (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.

8. Cukup jelas

Q. Fasilitas kesehatan yang rusak

- (1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

R. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban 1-2

Cukup Jelas

3. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak

terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VII

PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN (DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

A. NAMA DINKES :

M. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

N. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

O. WAKTU PELAPORAN:
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

P. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

Q. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kab/Kota	Kec.	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

R. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kab./Kota)	Rawat Inap						Rawat Jalan						Ket.	
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)			Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
<i>JUMLAH</i>															

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

Kab/ Kota	Kec dan dusun/ desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/ psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
													L	P	L	P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
<i>Jumlah</i>																

5. Jenis penyakit yang dirawat jalan :

- (a) Trend penyakit potensi KLB
- (b) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

6. Kondisi gizi pengungsi (sasaran anak usia 0 – 60 bulan) :

Indeks	Kategori Status Gizi	Jumlah	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut	a. Sangat Kurus		< -3 SD

Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	b. Kurus		-3 SD s.d. <-2 SD
	c. Normal		-2 SD s.d. 2 SD
	d. Gemuk		> 2 SD
<i>JUMLAH</i>			

Persentase balita kurus dan sangat kurus terhadap jumlah anak yang diukur dan ditimbang

S. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.	
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	

Jumlah										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

T. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Upaya Sanitasi di Lokasi Krisis Kesehatan.....
 - d) Pengukuran kepadatan lalat
 - e) Pengendalian vektor
 - f) Pemeriksaan kualitas air dan udara
2. Upaya kesehatan reproduksi
3. Upaya kesehatan jiwa
4. Upaya distribusi obat dan perbekkes
5. Surveilans
6. Upaya pelayanan gizi.....
9. Tenaga kesehatan yang dimobilisasi
10. Bantuan yang diberikan.....
9.
10. dst

U. PERMASALAHAN YANG ADA a.

-
- b.
- c.
- d. dst

V. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN a.

-
- b.
- c.
- d. dst

W. RENCANA TINDAK LANJUT

- a.
- b.
- c.
- d. dst

...../...../20....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Universitas
Esa Unggul
Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

- J. Diisi nama Dinkes PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- K. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- L. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- M. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- N. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- O. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- P. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
7. Korban meninggal.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
8. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

9. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
 - (1) No yaitu nomor urut
 - (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (8) Jml merupakan penjumlahan (7) dan (8)
 - (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
 - (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
 - (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
 - (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
 - (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
 - (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
 - (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.
10. Cukup jelas
11. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dari hari ke hari.
12. Cukup jelas

Q. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb), sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan sarana penunjang (mis., *cold chain*, genset) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

R. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban

a-b Cukup Jelas

c. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VIII

PELAPORAN

PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

A. NAMA FASILITAS KESEHATAN :

M. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

N. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

O. WAKTU PELAPORAN :

Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

P. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Q. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban dirawat dan rujukan

Pasien baru		Masih Dirawat Inap		Pulang Sembuh (Kumulatif)		Dirujuk Kumulatif		Rawat Jalan Kumulatif		Ket. (Tujuan Rujukan)
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

R. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG RUSAK 1.

2.

3. dst.....

S. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi dan lain-lain (tergantung dari jumlah kasus yang dipantau):.....

No	Diagnosa	Rawat Inap						Ket
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			
		L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

4. Jenis penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap:

- (1) Trend penyakit potensi KLB
- (2) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

T. PERMASALAHAN SAAT INI

.....

U. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN 1.

1.
2.
3. dst

V. RENCANA TINDAK LANJUT 1.

1.
2.
3. dst

...../...../20....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

**PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN**

**PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN
KESEHATAN**

- A. Diisi nama fasilitas kesehatan yang melaporkan.
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat laporan dibuat.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan.
- F. Jumlah Korban :
 1. Korban meninggal .
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
 2. Korban dirawat dan rujukan
 - (1) Pasien baru L yaitu jumlah korban laki-laki yang baru dirawat inap pada hari ini.
 - (2) Pasien baru P yaitu jumlah korban perempuan yang baru dirawat inap pada hari ini
 - (3) Masih dirawat inap L yaitu jumlah korban laki-laki yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (4) Masih dirawat inap P yaitu jumlah korban perempuan yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (5) Pulang sembuh (kumulatif) L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (6) Pulang sembuh (kumulatif) P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (7) Dirujuk kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.
 - (8) Dirujuk kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.
 - (9) Rawat jalan kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian

krisis hingga kini.

(10) Rawat jalan kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini.

(11) Cukup jelas.

G. Dituliskan jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak serta tingkat kerusakannya.

H. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban

1 - 2

3. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud tergantung dari jenis krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2016 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi sedangkan pada letusan Merapi tahun 2018 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

4. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan dan dirawat inap dari hari ke hari.

S. Daftar Pustaka

Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.

Bond, E. C., "*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.

Lucas, Adetokunbo, "*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*", diakses dari search in www.yahoo.com.

"*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*", diakses dari www.aplcare.com.

"*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*", diakses dari www.bkkbn.go.id.

"*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*", diakses dari www.lpm.uns.ac.id.

Reich, M. R., "*Public-Private Partnership for Public Health*", artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.

Siagian, Albiner, "*Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan*", diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.

Smith, Maureen, "*Public Private Services Team Up*", diakses dari search in www.yahoo.com.

Thomas, A., dan Valerie Curtis, "*Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice*", diakses dari search in www.yahoo.com.

Wilson, Donna, "*Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never*", diakses dari search in www.yahoo.com.

Walujani, Atika, "*Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta*", diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.

Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19

- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitian Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.

Esa Unggul



**MODUL
PEMASARAN PELAYANAN KESEHATAN (KAK353)**

**SESI 14
KRISIS DAN IMAGE DI PROVIDER PELAYANAN KESEHATAN (PPK)**

**DISUSUN OLEH
Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL
(FIKES 5661)**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2023**

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari Modul ini, diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Memahami dan mempelajari konsep dan definisi Krisis dalam pelayanan Provider Kesehatan
2. Menguraikan keuntungan dan manfaat mengukur Krisis di Provider Pelayanan Kesehatan di era digital dan pandemi
3. Memahami manfaat Krisis dan Imagedi Pelayanan Kesehatan di PPK1 dan PPK 2

Uraian dan Contoh

Visi dan Misi UEU

Universitas Esa Unggul mempunyai visi menjadi perguruan tinggi kelas dunia berbasis intelektualitas, kreatifitas dan kewirausahaan, yang unggul dalam mutu pengelolaan dan hasil pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi. Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Universitas Esa Unggul menetapkan misi-misi sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan
2. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
3. Memberikan pelayanan prima kepada seluruh pemangku kepentingan
4. Topik Perkuliahan : Strategi Pemasaran di Pelayanan Kesehatan

Uraian :

Krisis Kesehatan di Provider Pelayanan Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

15. Krisis Kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.
16. Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung penanggulangan krisis kesehatan
17. Prakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan, dan mitigasi kesehatan.
18. Tanggap Darurat Krisis kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
19. Pascakrisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera

untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

20. Pemetaan atau Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah informasi Prakrisis Kesehatan berisi tentang gambaran keadaan kondisi wilayah, sumber daya serta upaya yang dilakukan.
21. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disingkat PPKK adalah unsur pendukung pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan di bidang penanggulangan krisis kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal.
18. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional/Sub Regional yang selanjutnya disingkat PPKK Regional/Sub Regional adalah unit fungsional di daerah yang ditunjuk untuk mendekatkan dan mempercepat dukungan bantuan kesehatan secara terkoordinasi pada kejadian bencana dan krisis kesehatan.
19. Pusat Pengendali Operasi Kesehatan yang selanjutnya disebut Pusdalopkes adalah unit teknis yang bertanggung jawab sebagai pengelola informasi kesehatan pada kejadian krisis kesehatan dan bencana sekaligus berfungsi sebagai pengendali koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait kesehatan.
20. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
21. Menteri Kesehatan yang selanjutnya disebut adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
22. Institusi Kesehatan adalah Lembaga Pemerintah bidang kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah.

Pengaturan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan bertujuan untuk:

- a. menjamin ketersediaan informasi Krisis Kesehatan yang cepat, tepat, akurat, konsisten, terkini, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar pengambilan kebijakan
- b. menjamin ketersediaan dan akses terhadap informasi krisis kesehatan yang bernilai pengetahuan serta dapat dipertanggungjawabkan;
- c. memberdayakan peran serta akademisi, swasta dan masyarakat dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
- d. mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dalam lingkup Sistem Informasi Kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna melalui penguatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Prakrisis Kesehatan

- (9) Data dan informasi pada tahap Prakrisis Kesehatan diperoleh dari Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (10) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbasis elektronik dan non elektronik.
- (11) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disusun dan disampaikan setiap tahun pada bulan Januari sampai dengan bulan April.
- (12) Contoh format penyusunan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan tercantum dalam Formulir I terlampir.
- (11) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) paling sedikit memuat:
- gambaran umum wilayah;
 - upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan;
 - upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihan yang pernah dilakukan; dan
 - manajemen data dan informasi yang ada.
- (12) Gambaran umum wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit memuat:
- data demografis dan geografis wilayah;
 - gambaran aksesibilitas wilayah;
 - data kejadian Krisis Kesehatan; dan
 - data fasilitas pelayanan kesehatan.
- (13) Upaya pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit memuat:
- program kerja atau kegiatan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - rencana kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - peraturan/kebijakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - pedoman/prosedur tetap/petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
 - pertemuan koordinasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan;
 - kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan;

- hh. satuan tugas kesehatan (Tim Reaksi Cepat (TRC), Tim *Rapid Health Assesment* (RHA), dan tim bantuan kesehatan) terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- ii. tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- jj. data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- kk. pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- ll. sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
- mm. alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan;
- nn. ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat Krisis kesehatan;
- oo. ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat Krisis kesehatan; dan
- pp. ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat krisis kesehatan.

(14) Upaya Tanggap Darurat Krisis Kesehatan dan pemulihan yang pernah dilakukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c paling sedikit memuat:

- a. mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian Krisis Kesehatan;
- b. gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
- c. gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan;
- d. gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat krisis kesehatan;
- e. gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan;
- l. gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian Krisis Kesehatan.
- m. gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat krisis kesehatan; dan
- n. gambaran kegiatan pemulihan Pascakrisis Kesehatan.

(15) Manajemen data dan informasi yang ada sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d paling sedikit memuat:

- a. gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan;
- b. gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- c. sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan;
- d. gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan;
- e. gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
- f. gambaran kegiatan penyebarluasan informasi yang

dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan.

Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana tingkat provinsi dan kabupaten/kota disebarluaskan pada :

- m. PPKK;
- n. PPKK Regional/Subregional;
- o. Gubernur/Sekretaris Daerah Provinsi;
- p. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi;
- q. badan, lembaga, atau institusi terkait; dan
- r. masyarakat yang membutuhkan informasi terkait penanggulangan Krisis Kesehatan.

Bagian Kedua Tanggap Darurat Krisis kesehatan

Data dan informasi pada tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan diperoleh dari:

- e. laporan awal Krisis Kesehatan;
- f. laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan;
- g. laporan perkembangan Krisis Kesehatan; dan
- h. laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.

(7) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a paling sedikit memuat:

- a. nama institusi;
- b. jenis Krisis Kesehatan;
- c. waktu kejadian krisis kesehatan;
- d. lokasi kejadian krisis kesehatan;
- e. deskripsi kejadian krisis kesehatan;
- f. jumlah korban;
- g. fasilitas umum;
- h. kondisi fasilitas kesehatan;
- i. upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
- j. hambatan pelayanan kesehatan;
- k. bantuan yang diperlukan segera; dan
- l. rencana tindak lanjut.

(8) Laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan segera setelah kejadian awal krisis kesehatan diketahui.

(9) Contoh format laporan awal krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II, III, dan IV terlampir.

- (7) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf b paling sedikit memuat:
- nama institusi;
 - jenis Krisis Kesehatan;
 - waktu kejadian Krisis Kesehatan;
 - lokasi kejadian Krisis Kesehatan;
 - deskripsi kejadian Krisis Kesehatan;
 - jumlah korban;
 - fasilitas kesehatan yang rusak;
 - fasilitas umum;
 - kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi penampungan pengungsi;
 - ketersediaan sumber daya;
 - upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
 - bantuan yang diperlukan; dan
 - rekomendasi.
- (8) Laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan disusun dan disampaikan segera setelah laporan awal krisis kesehatan diterima.
- (9) Contoh format laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir V terlampir.
- (7) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c paling sedikit memuat:
- nama institusi;
 - jenis krisis kesehatan;
 - waktu kejadian krisis kesehatan;
 - waktu pelaporan;
 - lokasi krisis kesehatan;
 - deskripsi Krisis kesehatan
 - jumlah korban keadaan terakhir;
 - fasilitas kesehatan yang rusak;
 - perkembangan kondisi kesehatan korban;
 - upaya penanggulangan yang telah dilakukan;
 - permasalahan yang ada;
 - bantuan segera yang diperlukan; dan
 - rencana tindak lanjut.
- (8) Laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dan disampaikan setiap kali terjadi perkembangan informasi penanggulangan krisis kesehatan.
- (9) Contoh format laporan perkembangan krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VI dan VII terlampir.

- (5) Laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf d paling sedikit memuat:
 - a. nama fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. jenis krisis kesehatan;
 - c. waktu kejadian krisis kesehatan;
 - d. waktu pelaporan
 - e. lokasi krisis kesehatan;
 - f. jumlah korban;
 - g. fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak;
 - h. perkembangan kondisi kesehatan korban;
 - i. permasalahan saat ini;
 - j. bantuan segera yang diperlukan; dan
 - k. rencana tindak lanjut.
- (6) Contoh format laporan perkembangan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir VIII terlampir.

Bagian Ketiga Pascakrisis kesehatan

- (7) Data dan informasi pada tahap Pascakrisis Kesehatan berupa laporan yang memuat :
 - a. hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan Pascakrisis Kesehatan;
 - b. kesepakatan rencana aksi rehabilitasi rekonstruksi Pascakrisis Kesehatan; dan
 - c. hasil pemantauan dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan berdasarkan rencana aksi rehabilitasi dan rekonstruksi yang telah disusun.
- (8) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan dilakukan oleh Tim Penilai Kerusakan dan Kerugian Pasca bencana.
- (9) Laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan disusun sesuai dengan ketentuan Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana.

PENGELOLAAN DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

Bagian Kesatu Pengumpulan dan Pengolahan Data

- (5) Pengumpulan data merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan melalui pengisian Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan atau formulir pelaporan.
- (6) Media penyampaian informasi yang dapat digunakan untuk pengumpulan data dapat berupa:
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;

- e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g.** *email*;
 - h. *website*; atau
 - i.** Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan *online*.
- (5) Pengolahan data merupakan serangkaian kegiatan untuk mengolah data menjadi informasi.
- (6) Pengolahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk menghasilkan informasi :
- a. besaran dan kecenderungan permasalahan kesehatan;
 - b. kebutuhan sumber daya untuk pelayanan kesehatan dan sanitasi dasar;
 - c. kebutuhan dan distribusi bantuan; dan
 - d. kebutuhan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan

Bagian Kedua Penyampaian Data dan Informasi

Paragraf 1 Prakrisis kesehatan

- (9) Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, PPKK Sub Regional, PPKK Regional, sampai dengan PPKK.
- (10) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (11) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (12) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyampaikan Profil Penanggulangan Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional

Paragraf 2 Tanggap Darurat Krisis kesehatan

Pasal

- (7) Laporan awal Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi

kesehatan dan lintas sektor terkait yang pertama kali mengetahui terjadinya Krisis kesehatan.

- (8) Laporan awal Krisis Kesehatan dilakukan secara berjenjang.
- (9) Dalam hal laporan awal Krisis Kesehatan tidak dilakukan secara berjenjang, institusi kesehatan yang menerima laporan awal krisis kesehatan melakukan hal sebagai berikut:
 - a. konfirmasi laporan awal Krisis kesehatan; dan
 - b. menyampaikan laporan awal Krisis Kesehatan secara berjenjang.
- (10) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (11) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan awal Krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (12) Kepala PPKK menyampaikan laporan awal krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (11) Penilaian kebutuhan cepat kejadian krisis kesehatan dilaksanakan sesegera mungkin oleh Tim Reaksi Cepat.
- (12) Hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan secara berjenjang.
- (13) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (14) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Kepala PPKK Regional/Sub Regional dengan tembusan kepada Kepala Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (15) Kepala PPKK menyampaikan laporan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (8) Dalam hal hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan disampaikan langsung kepada PPKK, PPKK melakukan hal sebagai berikut:
 - a. mengonfirmasi hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan ke dinas kesehatan provinsi; dan
 - b. menindaklanjuti secara berjenjang permintaan kebutuhan berdasarkan hasil penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan.

LAPORAN

- (13) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan, dan lintas sektor terkait.
- (14) Laporan perkembangan Krisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (15) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat.
- (16) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan perkembangan krisis kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat.
- (17) Kepala PPKK menyampaikan laporan perkembangan kejadian Krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (18) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya penanggulangan Krisis kesehatan, Unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Paragraf 3 Pascakrisis Kesehatan

- (13) Laporan Pascakrisis Kesehatan dapat disampaikan oleh masyarakat, institusi kesehatan dan lintas sektor terkait.
- (14) Laporan Pascakrisis Kesehatan disampaikan secara berjenjang.
- (15) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten/Kota setempat
- (16) Dinas Kesehatan Provinsi menyampaikan laporan Pascakrisis Kesehatan kepada Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan Regional/ Sub Regional dengan tembusan kepada Pos Komando Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi setempat
- (17) Kepala PPKK menyampaikan laporan pasca krisis kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang terkait dan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- (18) Dalam hal unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya Pascakrisis Kesehatan, unit Eselon I dan Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan yang bersangkutan menyampaikan laporan ke PPKK.

Bagan alur penyampaian laporan awal Krisis Kesehatan, laporan penilaian kebutuhan cepat kejadian Krisis Kesehatan, laporan perkembangan Krisis Kesehatan, laporan perkembangan pasien di klinik dan rumah sakit, laporan kegiatan lintas program, dan laporan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan Pascakrisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 sampai dengan Pasal 18 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Ketiga

Penyajian dan Penyebarluasan Informasi

- (7) Informasi Krisis Kesehatan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, pemetaan, narasi, gambar, foto, film, slide show, dan/atau peta.
- (8) Informasi disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan berupa:
 - a. surat;
 - b. laporan;
 - c. buku;
 - d. artikel;
 - e. leaflet;
 - f. poster;
- (9) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disebarluaskan pada institusi terkait atau pihak yang membutuhkan melalui media elektronik maupun non elektronik berupa :
 - a. pos;
 - b. faksimili;
 - c. telpon;
 - d. sms gateway;
 - e. radio komunikasi;
 - f. komunikasi radio berbasis internet;
 - g. email;**
 - h. *website*; atau
 - i.** sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan *online*.

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (5) Dalam menunjang pelaksanaan tugas untuk pengelolaan data dan informasi penanggulangan Krisis Kesehatan secara cepat, tepat dan akurat, perlu dikembangkan sistem informasi yang selaras dengan perkembangan teknologi informasi.
- (6) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan diarahkan terintegrasi, *online*, dan *realtime*.

- (3) Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan, hasil monitoring dan evaluasi, dan perkembangan kebijakan.

PERANGKAT SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

- (11) Pengelolaan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan menggunakan perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan.
- (12) Perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas perangkat keras dan perangkat lunak.
- (13) Perangkat keras sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas elektronik dan non elektronik.
- (14) Penggunaan perangkat sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan teknologi informasi serta menghormati hak atas kekayaan intelektual sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (15) Perangkat keras elektronik dan perangkat lunak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ayat (3) dan harus memiliki kemampuan:
- menerima, mengirimkan, memproses, dan mempublikasikan dokumen elektronik;
 - menyimpan data;
 - membuat cadangan data secara otomatis yang disimpan terpisah untuk mengantisipasi kerusakan atau insiden yang tidak diinginkan;
 - mudah diperbaiki dengan cepat jika mengalami gangguan, kerusakan, atau insiden yang tidak diinginkan dalam masa pengoperasiannya; dan
 - mudah adaptasi atau terhubung dengan sistem informasi lainnya yang terkait penanggulangan krisis kesehatan.

PENGGORGANISASIAN

N

- (11) Struktur organisasi Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas penanggung jawab dan pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (12) Penanggung jawab Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas:
- kepala dinas kesehatan kabupaten/kota pada tingkat kabupaten/kota;
 - kepala dinas kesehatan provinsi pada tingkat provinsi;
 - ketua PPKK Sub Regional pada tingkat PPKK Sub Regional;
 - ketua PPKK Regional pada tingkat PPKK Regional; dan
 - Kepala PPKK pada tingkat pusat.
- (13) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) terdiri atas tenaga pada:

- a. Puskalokes atau unit kerja yang ditunjuk oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi;
 - b. Sekretariat PPKK Regional/Sub Regional pada tingkat PPKK Regional/Sub Regional; dan
 - c. Pusat Penanggulangan Krisis kesehatan pada tingkat Kementerian Kesehatan
- (14) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus memiliki kompetensi paling sedikit di bidang statistik, komputer, dan/atau epidemiologi.
- (15) Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas :
- a. mengumpulkan dan menginput data dan informasi;
 - b. mengkonfirmasi data dan informasi;
 - c. mengolah data dan informasi;
 - d. menyebarkan Informasi Kesehatan dan pelaporan; dan
 - e. memelihara perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan

PENDANA AN

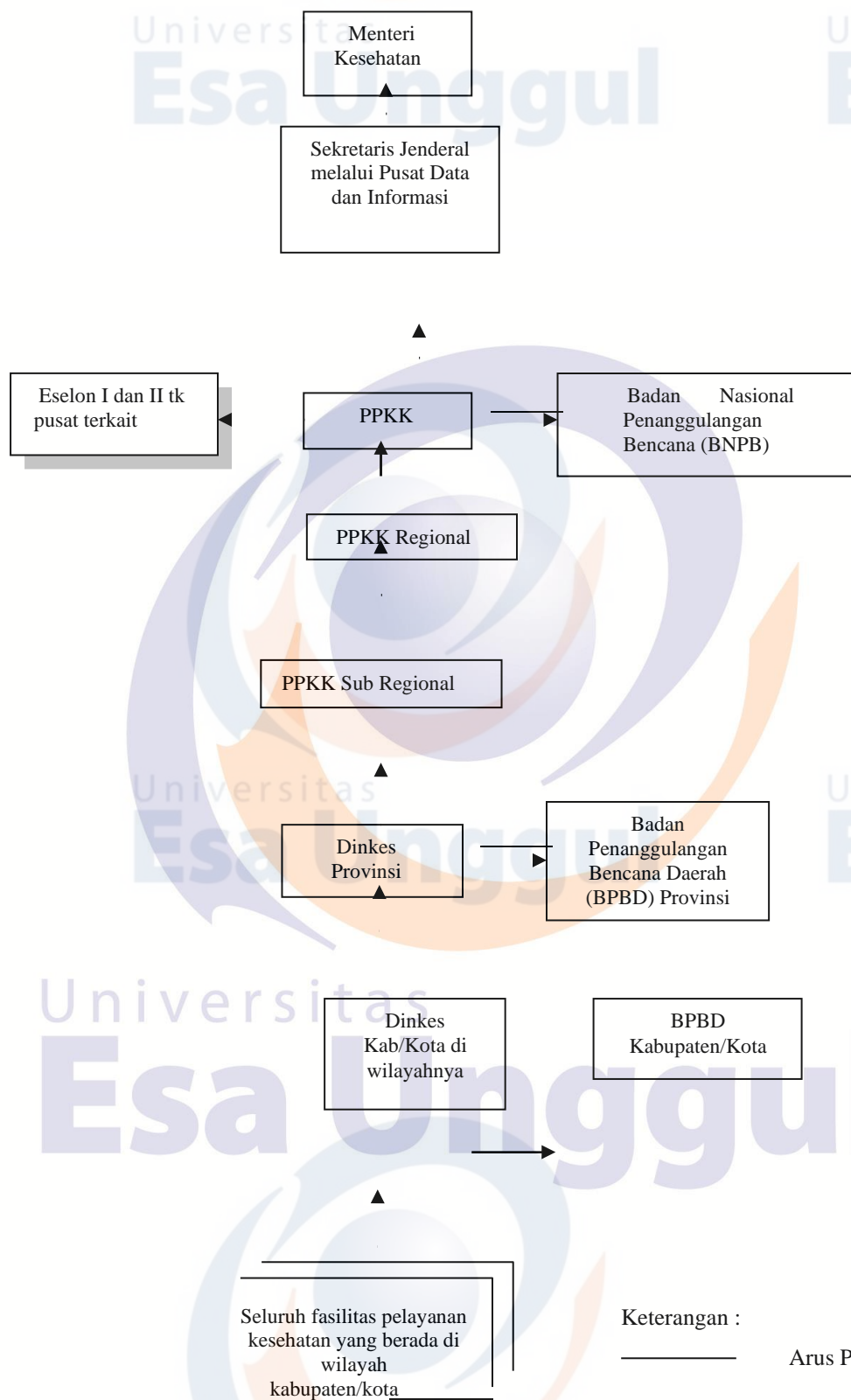
Pendanaan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang tidak mengikat.

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

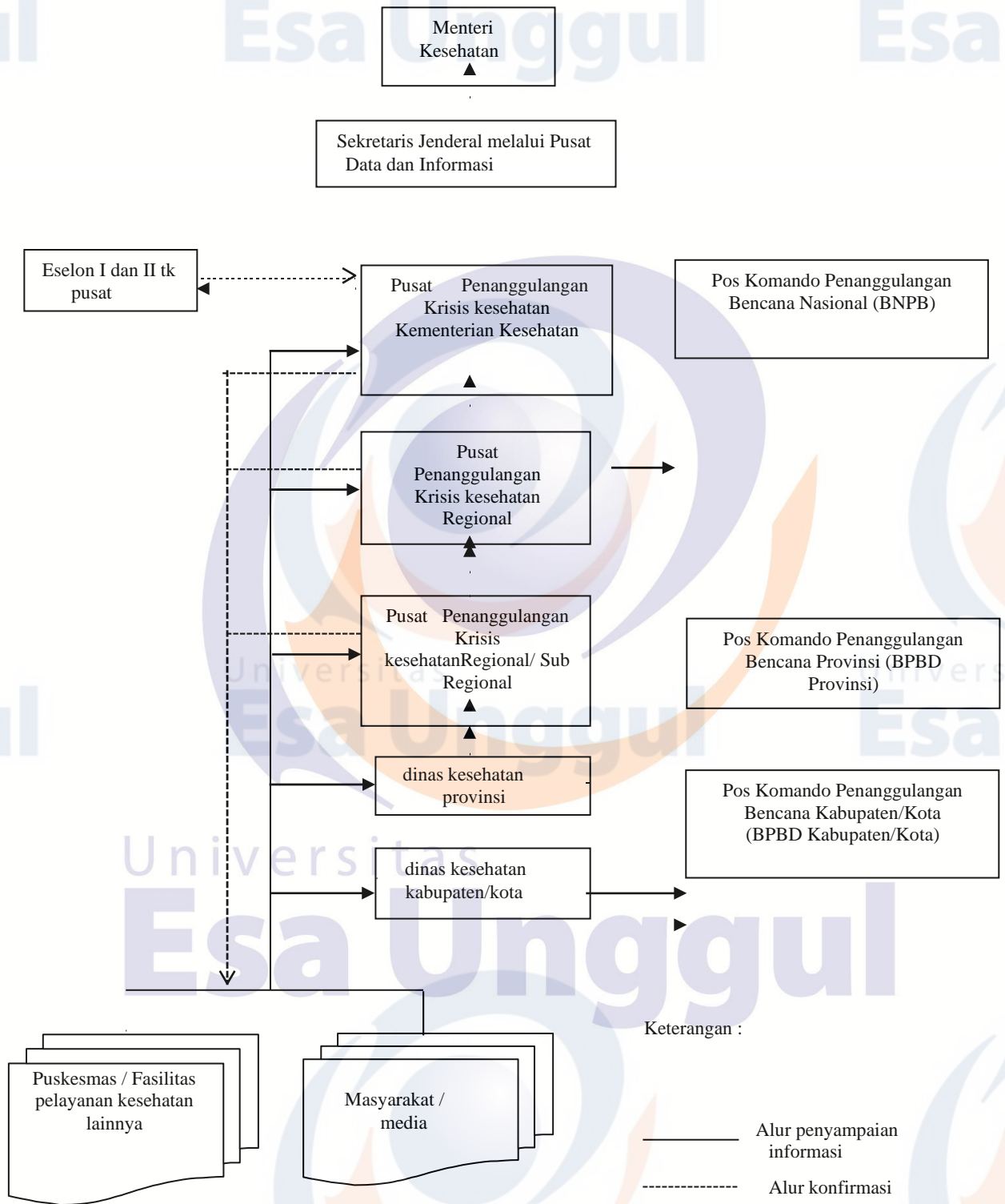
- (7) Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- (8) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk:
 - a. memperoleh data dan informasi secara cepat, tepat, akurat, dan sesuai kebutuhan untuk penanggulangan krisis kesehatan; dan
 - b. meningkatkan dan memudahkan akses penyusunan dan penyampaian data dan informasi penanggulangan krisis kesehatan.
- (9) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pendidikan dan pelatihan; dan/atau
 - c. pemantauan dan evaluasi.

ALUR PENYAMPAIAN DATA DAN INFORMASI SISTEM INFORMASI KRISIS KESEHATAN

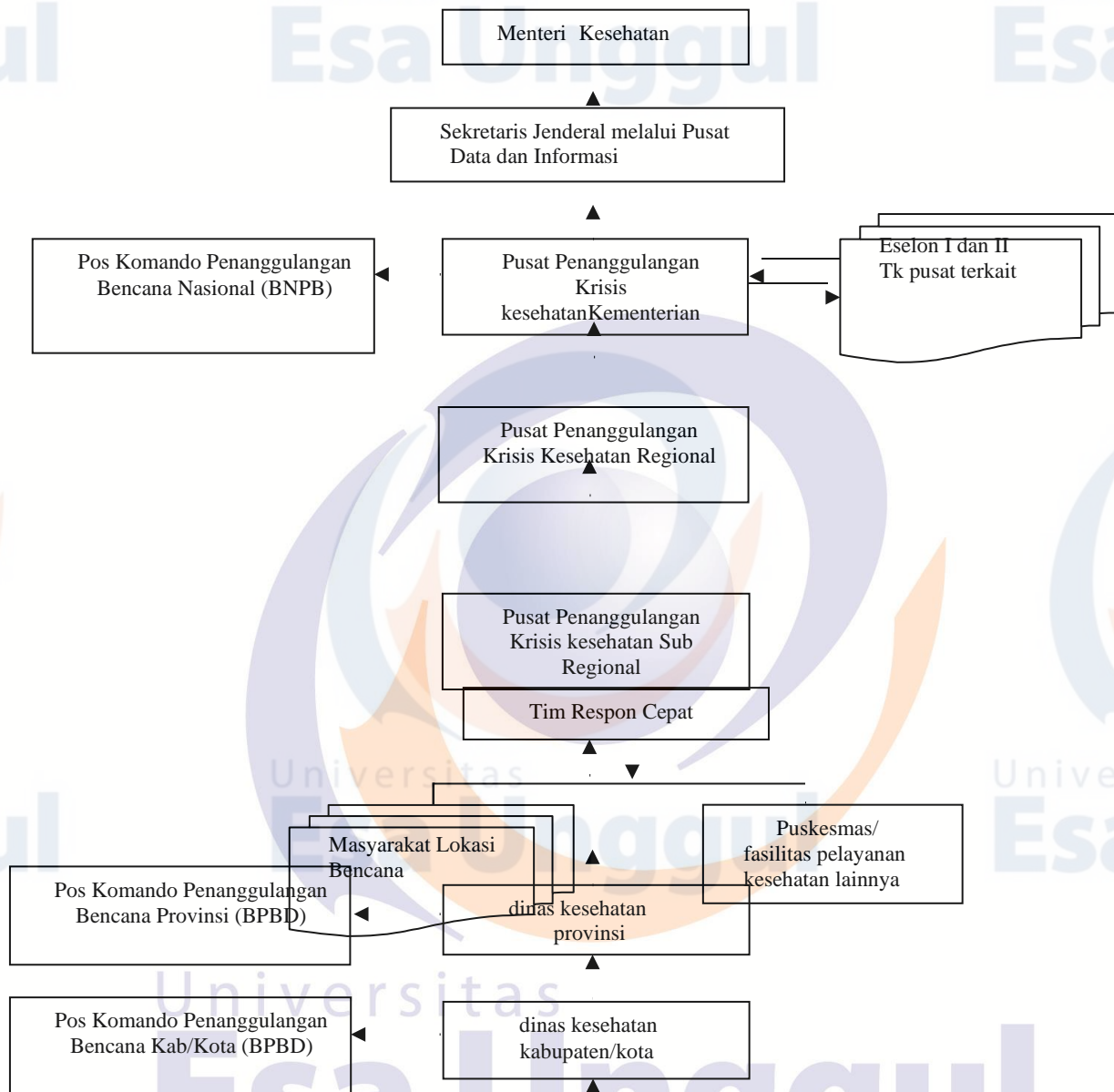
Bagan 1
Alur Penyampaian Informasi Prakrisis Kesehatan



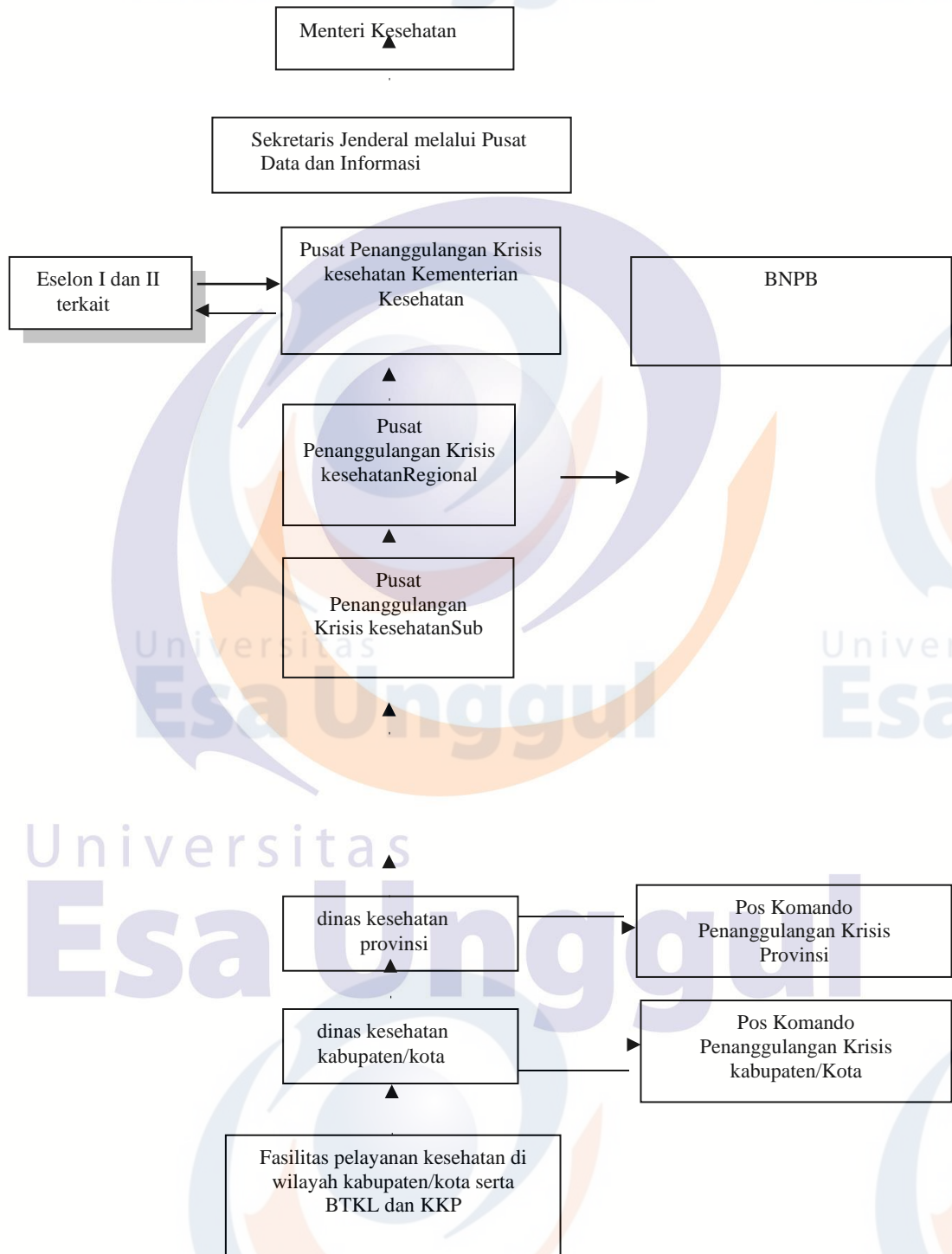
Bagan 2
Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Awal Kejadian Krisis Kesehatan



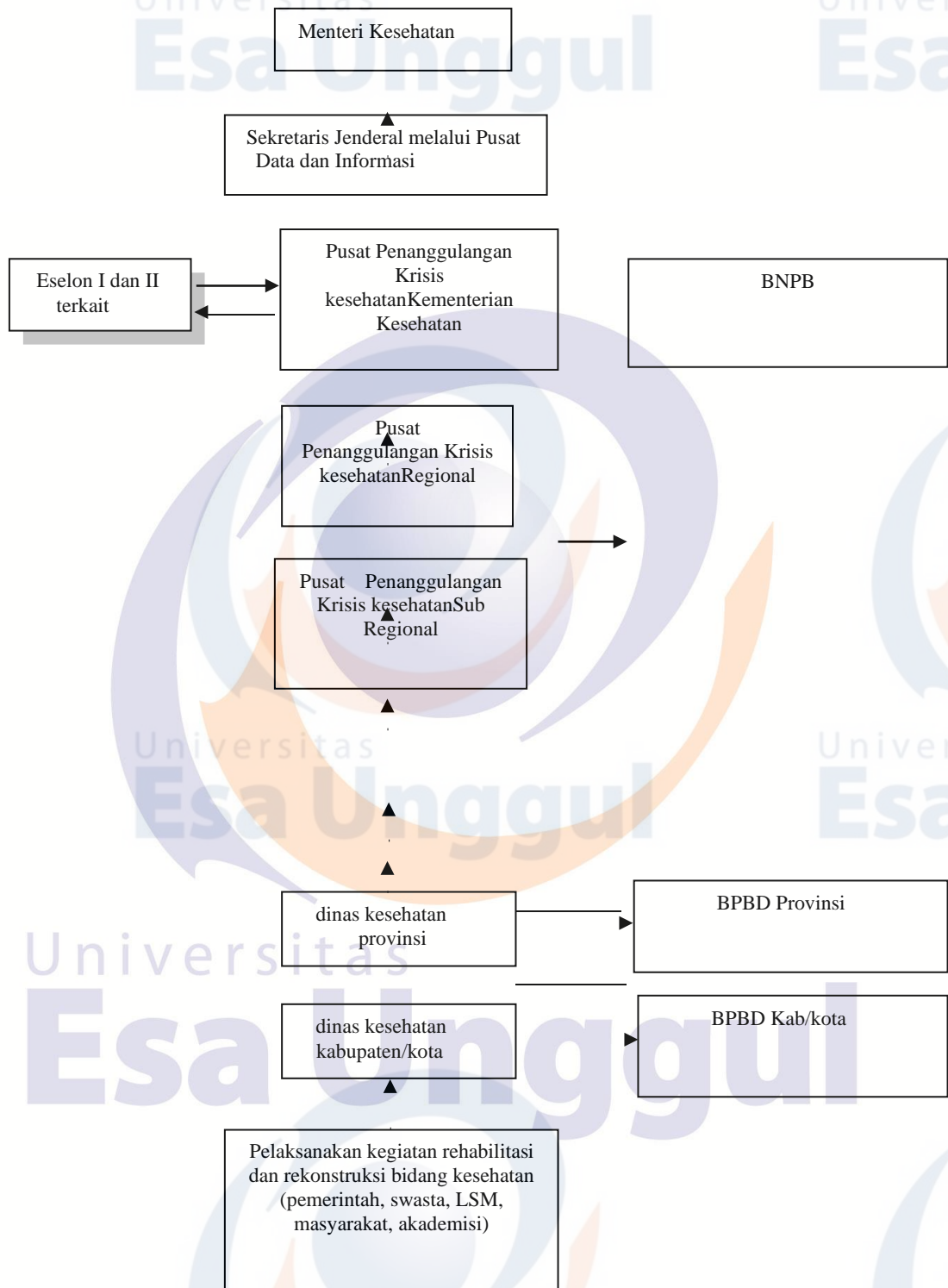
Bagan 3
Alur Penyampaian Informasi Penilaian Cepat Kesehatan Penanggulangan
Krisis Kesehatan



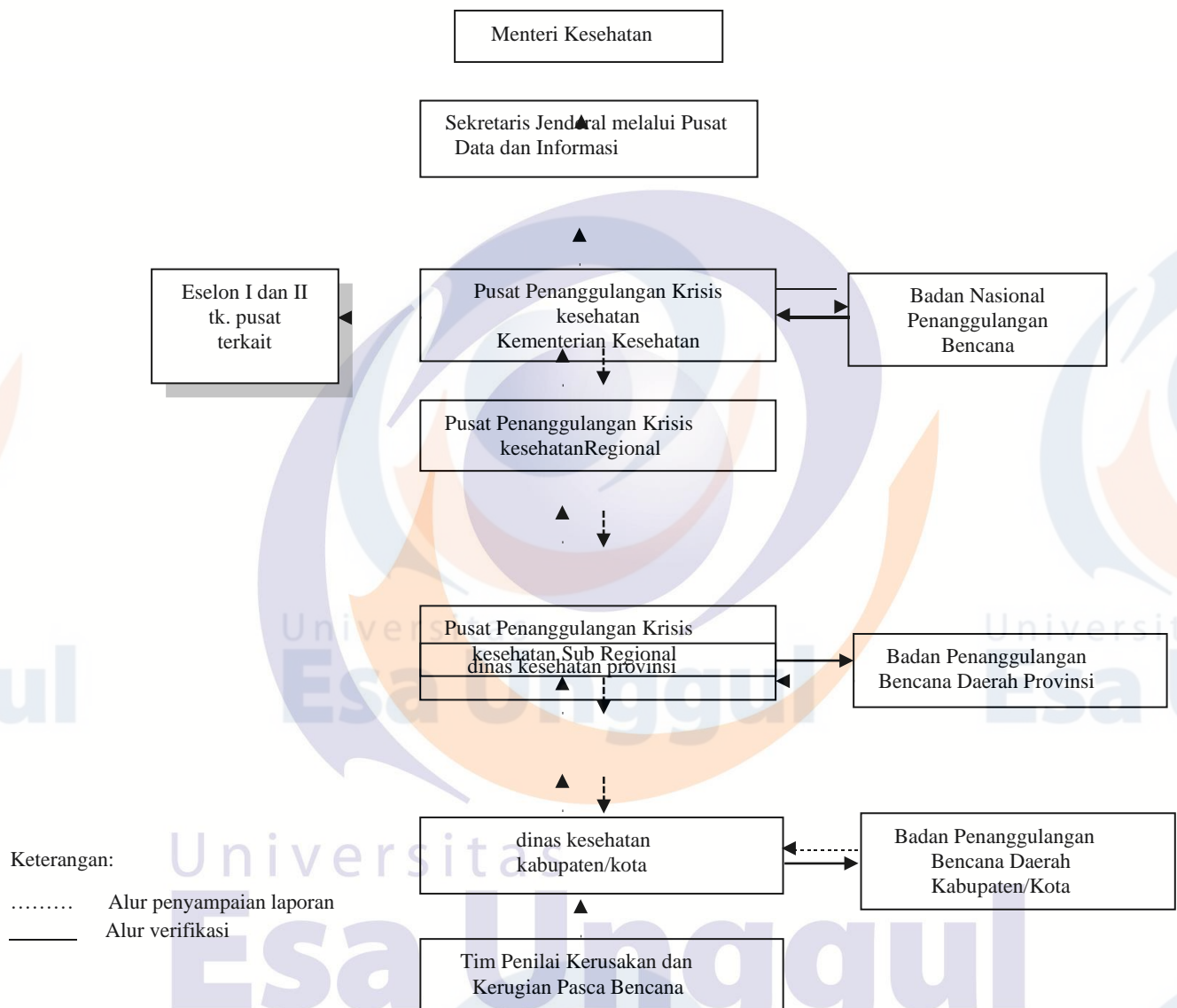
Bagan 4
 Alur Penyampaian Informasi Perkembangan
 Penanggulangan Krisis kesehatan



Bagan 5
Alur Penyampaian Informasi Pascakrisis Kesehatan



Bagan 6
 Alur Penyampaian Informasi Penilaian
 Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan
 Bidang Kesehatan Pascakrisis Kesehatan



FORMULIR I

PEMETAAN (PROFIL) PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

I. GAMBARAN UMUM

1. Gambaran umum wilayah
 - Luas wilayah dan rinciannya hingga tingkat kecamatan
 - Jumlah desa/kelurahan, RT/KK, penduduk dan kelompok rentan.
 - Topografi
 - Jenis rawan bencana.
2. Gambaran aksesibilitas wilayah
 - akses komunikasi
 - akses transportasi
 - waktu tempuh dan jarak ke ibukota kabupaten/kota/provinsi atau pusat regional.
3. Data kejadian krisis kesehatan
4. Data fasilitas pelayanan kesehatan
 - Nama sarana pelayanan kesehatan
 - Kapasitas tempat tidur
 - BOR
 - Jumlah tenaga kesehatan (dokter umum, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis jiwa, perawat, bidan, penata rontgen, apoteker, asisten apoteker, tenaga kesling, tenaga gizi).
 - Kepemilikan Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan.
 - Kepemilikan Protap Penanggulangan Krisis Kesehatan.

J. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN KESIAPSIAGAAN

1. Program kerja/kegiatan terkait penanggulangan krisis kesehatan
2. Rencana Kontinjensi yang pernah disusun terkait penanggulangan krisis kesehatan
3. Peraturan/kebijakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.
4. Pedoman/protap/juklak/juknis terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah disusun dan masih berlaku
5. Pertemuan koordinasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
6. Kegiatan sosialisasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah diselenggarakan.
7. Kegiatan advokasi terkait penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilaksanakan.
8. Satuan Tugas kesehatan (TRC, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan) terkait penanggulangan krisis kesehatan.
9. Tenaga kesehatan terlatih terkait penanggulangan krisis kesehatan.
10. Data ketenagaan unit kerja pengelola program terkait penanggulangan krisis kesehatan.
11. Pelatihan yang pernah diselenggarakan terkait penanggulangan krisis kesehatan.

12. Sarana transportasi kesehatan yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
13. Alat kesehatan dan sarana penunjang yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
14. Ketersediaan obat dan logistik lain yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.
15. Ketersediaan bahan dan alat sanitasi yang dimiliki dan dapat dioperasikan pada saat kejadian krisis kesehatan.
16. Ketersediaan alat pelindung diri dan identitas petugas lapangan yang dimiliki dan dapat digunakan pada saat kejadian krisis kesehatan.

K. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
2. Gambaran waktu mobilisasi satuan tugas kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
3. Gambaran penilaian cepat kebutuhan kesehatan.
4. Gambaran koordinasi upaya tanggap darurat dan pemulihan pada saat kejadian krisis kesehatan.
5. Gambaran pelayanan kesehatan pada saat kejadian krisis kesehatan.
6. Gambaran pelayanan kesehatan darurat lain pada saat kejadian krisis kesehatan.
7. Gambaran bantuan kesehatan yang diterima dari luar wilayah pada saat kejadian krisis kesehatan.
8. Gambaran kegiatan pemulihan pasca krisis kesehatan.

L. MANAJEMEN DATA INFORMASI DAN INFORMASI

1. Gambaran pengolahan data terkait penanggulangan krisis kesehatan.
2. Gambaran mekanisme penyampaian informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan.
3. Sarana pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan Krisis kesehatan.
4. Gambaran alur informasi saat tanggap darurat krisis kesehatan.
5. Gambaran koordinasi informasi lintas program dan lintas sektor terkait; dan
6. Gambaran kegiatan penyebarluasan informasi yang dilakukan terkait penanggulangan krisis kesehatan

**PETUNJUK PENGISIAN
PEMETAAN (PROFIL)
PENANGGULANGAN KRISIS
KESEHATAN**

I. GAMBARAN UMUM

1. Cukup jelas
2. Akses komunikasi diisi dengan jaringan komunikasi umum yang dapat digunakan. Akses transportasi diisi dengan jalur transportasi yang dapat digunakan dari ibukota kabupaten/kota/provinsi/pusat regional.
3. Cukup jelas.
4. Cukup jelas.

**J. UPAYA PENCEGAHAN, MITIGASI DAN
KESIAPSIAGAAN** Cukup jelas

K. UPAYA TANGGAP DARURAT DAN PEMULIHAN

1. Apakah dilakukan mobilisasi TRC, Tim RHA maupun Tim Bankes pada saat terjadi krisis kesehatan.
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi TRC / Tim RHA sejak diketahui adanya kejadian krisis kesehatan hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan. Dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mobilisasi Tim bankes dari sejak diketahui dibutuhkannya hingga tiba di lokasi kejadian krisis kesehatan.
3. Apakah dilakukan penilaian cepat kebutuhan kesehatan oleh tim RHA, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menggerakkan tim TRC dan waktu untuk melaksanakan penilaian.
4. Apakah dilakukan koordinasi saat tanggap darurat, berapa frekuensinya dan LP maupun LS apa saja yang terlibat.
5. Pelayanan kesehatan yang didirikan misalnya Poskes, Poskesling, RS lapangan, dsb. Jenis pelayanan kesehatan darurat lainnya yang dilakukan misalnya surveilans penyakit, sanitasi darurat, gizi darurat, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, imunisasi, promosi kesehatan, dsb.
6. Cukup jelas.
7. Diisi dengan jumlah korban yang berhasil dipulihkan secara medik atau secara kejiwaan serta jumlah dan jenis sarana kesehatan yang telah mengalami perbaikan dan peningkatan kemampuan.

L. SISTEM INFORMASI

1. Kegiatan pencatatan, analisa dan penyampaian informasi serta format yang digunakan apa telah sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
2. Penyampaian informasi apakah langsung diinformasikan ke Pusat tanpa menunggu permintaan, atau menunggu permintaan atau tidak diinformasikan.
3. Cukup jelas.

4. Apakah informasi disampaikan secara berjenjang, didirikan Pos Informasi 24 jam atau tidak atau tidak ada
5. Apakah dilakukan koordinasi informasi, berapa kali frekuensinya serta lintas program dan lintas sektor, apa saja.
6. Apa topik, sasaran serta media yang digunakan untuk penyebarluasan informasi.

FORMULIR II PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS

X. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

Y. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

Z. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

.....

AA. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

Kecamatan : Kabupaten/Kota : Provinsi :

No	Dusun	Desa	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

BB. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

4. Korban luka ringan/rawat jalan

No	Nama Pasien	Usia	Jenis Kelamin		Diagnosa
			L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Jumlah</i>					

Universitas
Esa Unggul

5. Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

CC. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :
 - Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
3. Keadaan jaringan listrik :
 - Baik Terputus Belum tersedia/belum ada
4. Sumber air bersih yang digunakan
 - Tercemar
 - Tidak tercemar

DD. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No.	Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c. dst				

- EE. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN 1.
2.
3. dst

FF. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN 1.

1.
2.
3.

GG. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. dst

HH. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Pelapor
Instansi :
Jabatan :

Universitas
Esa Unggul
(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- Q. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- R. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- S. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- T. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis. banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- U. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- V. Jumlah Korban
11. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
12. Korban hilang
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

13. Cukup Jelas.

14. Cukup jelas.

15. Pengungsi

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Lokasi diisi dengan lokasi pengungsian.
- (3) KK diisi dengan jumlah kepala keluarga dalam pengungsian tersebut.
- (4) Laki-laki diisi dengan jumlah pengungsi laki-laki dalam pengungsian tersebut.
- (5) Perempuan diisi dengan jumlah pengungsi perempuan dalam pengungsian tersebut .
- (6) Jumlah jiwa diisi dengan jumlah total pengungsi dalam pengungsian tersebut.

W. Cukup jelas

X. Kondisi Fasilitas kesehatan

- (13) No yaitu nomor urutan
- (14) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (15) Cukup jelas
- (16) Cukup jelas
- (17) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (18) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR III

PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN (DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

Y. NAMA DINAS KESEHATAN/PPK SUB REGIONAL/ PPK REGIONAL :

.....

Z. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

AA. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Tanggal: Bulan :..... Tahun : Pukul :

BB. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

.....

CC. LOKASI KEJADIAN KRISIS

KESEHATAN Provinsi

.....

No	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/dusun	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(2)	(3)	(4)	(5)

DD. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasinya (Kab./Kota)	Rawat Inap			Rawat Jalan		
		L	P	Jml	L	P	Jml
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<i>J U M L A H</i>							

Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>J U M L A H</i>					

EE. FASILITAS UMUM

9. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan:
- Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
10. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :
11. Keadaan jaringan listrik :
- Baik
 - Terputus
 - Belum tersedia/belum ada
12. Sumber air bersih yang digunakan
- Tercemar
 - Tidak tercemar

FF. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

No	Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi		Fungsi Pelayanan	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.				
	b.				
	c.				
	d. dst				

GG. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH

- DILAKUKAN 1.
2.
3. dst

HH. HAMBATAN PELAYANAN

- KESEHATAN a.
- b.
- c.

II. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. dst

JJ. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Universitas

Esa Unggul

Pelapor

Instansi :

Jabatan :

Universitas

Esa U

(.....) NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN (DINAS KESEHATAN
KABUPATEN/KOTA/PROVINSI/ PPK SUB
REGIONAL/PPK REGIONAL)

- O. Diisi nama Dinkes/PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- P. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- Q. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- R. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- S. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- T. Jumlah Korban
- e. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- f. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

U. Kondisi Fasilitas Kesehatan

- (13) No yaitu nomor urutan
- (14) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat- obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (15) Cukup jelas
- (16) Cukup jelas
- (17) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (18) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

FORMULIR IV
PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE*
***SERVICE* (SMS)**

O. Tanggal/Bulan/Tahun (TBT) :

P. Jenis kejadian krisis kesehatan (JK) :

Q. Lokasi kejadian krisis kesehatan (LOK) :

R. Waktu kejadian krisis (PKL) :

S. Jumlah penduduk terancam/*population at risk* (PAR) :

.....

T. Jumlah Korban

- 1. Meninggal (MGL).....Orang
- 2. Hilang (HLG).....Orang
- 3. Luka berat (LB).....Orang
- 4. Luka ringan (LR).....Orang
- 5. Pengungsi/*internal displace person* (IDP).....Orang

U. Bantuan yang dibutuhkan (BTN)

Identitas Pengirim (Nama dan institusi)

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN KEJADIAN KRISIS
KESEHATAN MELALUI *SHORT MESSAGE*
***SERVICE* (SMS)**

- O. TBT : Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- P. JKK : Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, tanah longsor, dsb.
- Q. LOK : Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan .
- R. PKL : Diisi dengan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- S. PAR : Diisi dengan jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut.
- T. Cukup Jelas
- U. Cukup Jelas

Contoh SMS sebagai berikut :

TBT : 4/10/2010

JKK : Banjir bandang

LOK : Distrik Wassior, Kab. Teluk Wondama, Prov. Papua Barat PKL
: 08.30 WIT

PAR : belum diketahui.

MGL : 08

HLG : 103

LB 15

LR 06

IDPs : 10.000 orang

BTN : MP ASI 3 ton.

Agus, Puskesmas Kembar

Dikirim ke SMS Gateway PPKK no. 081385904444 serta pejabat yang berwenang

**FORMULIR V PELAPORAN PENILAIAN KEBUTUHAN CEPAT
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN**

A. NAMA DINAS KESEHATAN :

P. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Q. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

R. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

S. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

T. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan lokasi (Kab/Kota)	Rawat Inap			5 kasus penyakit rawat inap terbanyak tiap fasyankes	Rawat Jalan			5 Kasus Penyakit rawat jalan terbanyak tiap fasyankes	Jumlah gangguan jiwa/ psikososial	
		L	P	Jml		L	P	Jml		Anak	Dewasa

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
<i>Jumlah</i>											

Universitas
Esa Unggul

d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah

e. Pengungsi dan penduduk rentan:

Kab/ Kota	Kec dan dusun/desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan								
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia		
													L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
<i>Jumlah</i>																	

U. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dan sebagainya)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Berat	Rusak Sedang	Rusak Ringan	Masih berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

V. FASILITAS UMUM

9. Akses ke lokasi kejadian krisis kesehatan :

- Mudah dijangkau, menggunakan
- Sukar, karena

10. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan :

11. Keadaan jaringan listrik :

- Baik
- Terputus
- Belum tersedia/belum ada

12.

Air Bersih

- Cukup
- Tidak Cukup

S. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNGS

No	Jenis Fasilitas	Kondisi	
(1)	(2)	(3)	
1.	Jenis tempat penampungan	<input type="checkbox"/> bangunan permanen	<input type="checkbox"/> bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ² /or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	<input type="checkbox"/> memadai (min. 5L /or/hr pada hari pertama kejadian krisis dan 15 L/or/hari pada hari berikutnya)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
4.	Sarana Jamban Darurat	<input type="checkbox"/> memadai (min. 40 or/1 jamban)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ³ / 60 or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
6.	Sarana SPAL	<input type="checkbox"/> memadai (min. 4 m dari penampungan)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
7.	Penerangan	<input type="checkbox"/> Memadai (min. 60 lux)	<input type="checkbox"/> Tidak memadai

T. KETERSEDIAAN SUMBER

DAYA Dinas Kesehatan

a. Perbekalan Kesehatan:

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 - Tidak cukup
 - Cukup
- (3) Bahan Sanitasi
 - m. Kaporit :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - n. PAC :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - o. Aquatab :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - p. Kantong sampah :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - q. Repellent lalat :
 - Tidak cukup
 - Cukup
 - r. Hygiene kit :
 - Tidak cukup
 - Cukup

- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada
SDM :
Jumlah:
 Tidak Cukup Cukup
Kompetensi :
 Tidak Memenuhi Memenuhi

d. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik :
 Tidak berfungsi Berfungsi

Rumah Sakit / PKM

c. Perbekalan Kesehatan :

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat Kesehatan :
 Tidak cukup Cukup

(3) Bahan Sanitasi

k. Kaporit :

- Tidak cukup Cukup

l. PAC :

- Tidak cukup Cukup

m. Aquatab :

- Tidak cukup Cukup

n. Kantong sampah :

- Tidak cukup Cukup

o. Repellent lalat :

- Tidak cukup Cukup

- (4) Persalinan Kit :
 Tidak ada Ada

- (5) Air :
 Tidak cukup Cukup

- (6) Tempat Tidur :
 Tidak cukup Cukup

f. Kebutuhan tenaga kesehatan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Polindes, dsb)	Tenaga kesehatan yang tersedia		Tenaga kesehatan yang dibutuhkan		Ket.
		Jenis	Jml	Jenis	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1					
2					
3					
4					
dst					

g. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup
- (2) Alat komunikasi :
 Tidak cukup Cukup
- (3) Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan :
 Tidak cukup Cukup

- U. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

- V. BANTUAN YANG DIPERLUKAN 1.
 2.
 3.
 4. dst

- W. REKOMENDASI
 1.
 2.
 3.
 4. dst

...../...../20.....

Yang melaporkan
 Ketua Tim

Mengetahui,*
 Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota

NIP.

NIP.

Cat.: *Penandatanganan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

- U. Diisi nama Dinkes yang melaporkan.
- V. Diisi dengan jenis krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- W. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- X. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- Y. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- Z. Jumlah Korban
- k. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
1. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.

- m. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasi (Kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Rawat Inap L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat inap.
 - (4) Rawat Inap P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat inap.
 - (5) Jml yaitu penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) 5 kasus rawat inap terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat inap yang terbanyak pada masing-masing fasyankes
 - (7) Rawat Jalan L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat jalan.
 - (8) Rawat Jalan P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat jalan.
 - (9) Jumlah yaitu penjumlahan (7) dan (8)
 - (10) 5 kasus rawat jalan terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat jalan yang terbanyak di masing-masing fasyankes.
 - (11) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
 - (12) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (≥ 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
- n. Jenis penyakit yang berpotensi KLB diisi dengan kesimpulan hasil analisis dari data dan informasi yang didapat mengenai jenis penyakit potensi KLB di wilayah tersebut.
- o. Pengungsi dan penduduk rentan.
- (1) Kab/Kota diisi nama kabupaten/kota tempat pengungsian
 - (2) Kec. & dusun/desa diisi nama kecamatan dan dusun atau desa tempat pengungsian.
 - (3) Cukup jelas
 - (4) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (5) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (≥ 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (6) Cukup jelas .
 - (7) Cukup jelas
 - (8) Jml yaitu penjumlahan (6) dan (7)
 - (9) KK yaitu jumlah seluruh kepala keluarga dalam pengungsian tersebut
 - (10) Bayi yaitu jumlah seluruh anak usia 0 – 11 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (11) Balita yaitu jumlah seluruh anak usia 12 – 60 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (12) – (17) Cukup jelas

AA. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

BB. Cukup jelas

CC. Cukup jelas

DD. Ketersediaan Sumber Daya

1.c. Transportasi operasional pelayanan kesehatan diisi berdasarkan ketersediaan alat transportasi yang dapat digunakan saat tanggap darurat seperti ambulans, kendaraan angkutan barang, kendaraan roda 4 lain, perahu karet, sepeda motor.

FORMULIR VI

PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN (PUSKESMAS)

A. NAMA PUSKESMAS :

Z. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

AA. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

BB. WAKTU PELAPORAN:

Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

CC. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

.....

DD. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi : Kab./Kota : Kec. :

No	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)

EE. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas/ Pustu/ Polindes)	Rawat Inap					Rawat Jalan							Ket.	
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)		Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif					
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
JUMLAH															

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

No	Lokasi Pengungsian (Desa/Dusun)	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan								
		Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia		
												L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	

FF.FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

GG. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kecamatan (Puskesmas, Pos Kesehatan, Pustu, Polindes, dsb)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh			
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Jumlah											

HH. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN a.

- b.
- c.
- d. dst

II. PERMASALAHAN YANG ADA 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

JJ. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

KK. RENCANA TINDAK LANJUT 1.

- 2.
- 3.
- 4. dst

...../...../20....

Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

Universitas
Esa Unggul

NIP.

Universitas
Esa U

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(PUSKESMAS)

- S. Diisi nama Puskesmas yang melaporkan
- T. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- U. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- V. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- W. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- X. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- Y. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
9. Korban meninggal.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
10. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.

- (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

11. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

- (1) No yaitu nomor urut
- (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
- (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
- (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (8) Jumlah merupakan penjumlahan (7) dan (8)
- (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
- (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
- (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
- (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
- (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.

12. Cukup jelas

Z. Fasilitas kesehatan yang rusak

- (1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

AA. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban

1-2 Cukup Jelas

3. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak

terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VII

**PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)**

A. NAMA DINKES :

X. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Y. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

Z. WAKTU PELAPORAN:
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

AA. DESKRIPSI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :
.....

BB. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Provinsi	Kab/Kota	Kec.	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

CC. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kab./Kota)	Rawat Inap						Rawat Jalan						Ket.	
		Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh (kumulatif)			Rawat Jalan Hari ini			Jumlah kumulatif				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
JUMLAH															

Jumlah Total Rawat Inap orang

4. Pengungsi dan penduduk rentan

Kab/ Kota	Kec dan dusun/ desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/ psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
													L	P	L	P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
Jumlah																

5. Jenis penyakit yang dirawat jalan :

- (a) Trend penyakit potensi KLB
- (b) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

6. Kondisi gizi pengungsi (sasaran anak usia 0 – 60 bulan) :

Indeks	Kategori Status Gizi	Jumlah	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut	a. Sangat Kurus		< -3 SD

Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	b. Kurus		-3 SD s.d. <-2 SD
	c. Normal		-2 SD s.d. 2 SD
	d. Gemuk		> 2 SD
JUMLAH			

Persentase balita kurus dan sangat kurus terhadap jumlah anak yang diukur dan ditimbang

DD. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat	Berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					
c.					
d. dst					

PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		< 5 th	> 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

No.	Nama Fasilitas Kesehatan	Rawat Inap									Ket.	
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			Pulang Sembuh				
		L	P	Jml	L	P	Jml	L	P	Jml		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	

Jumlah										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EE. UPAYA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Upaya Sanitasi di Lokasi Krisis Kesehatan.....
 - g) Pengukuran kepadatan lalat
 - h) Pengendalian vektor
 - i) Pemeriksaan kualitas air dan udara
2. Upaya kesehatan reproduksi
3. Upaya kesehatan jiwa
4. Upaya distribusi obat dan perbekkes
5. Surveilans
6. Upaya pelayanan gizi.....
 11. Tenaga kesehatan yang dimobilisasi
 12. Bantuan yang diberikan.....
9.
10. dst

FF. PERMASALAHAN YANG ADA a.

-
- b.
- c.
- d. dst

GG. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN a.

-
- b.
- c.
- d. dst

HH. RENCANA TINDAK LANJUT a.

-
- b.
- c.
- d. dst

...../...../20....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Universitas
Esa Unggul
Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Universitas
Esa Unggul

PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN PERKEMBANGAN KRISIS KESEHATAN
(DINKES KAB/KOTA/PROVINSI/PPK SUB REGIONAL/PPK REGIONAL)

- S. Diisi nama Dinkes PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- T. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial.
Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- U. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- V. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- W. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, mis., banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, mis., kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, mis., banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, mis., rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- X. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- Y. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
13. Korban meninggal.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
14. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .

15. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

- (1) No yaitu nomor urut
- (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
- (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
- (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (8) Jml merupakan penjumlahan (7) dan (8)
- (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
- (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
- (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
- (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
- (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.
Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.

16. Cukup jelas

17. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dari hari ke hari.

18. Cukup jelas

Z. Fasilitas kesehatan yang rusak

(1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

(2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.

(5)-(6) cukup jelas

diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb), sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan sarana penunjang (mis., *cold chain*, genset) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

AA. Perkembangan

Kondisi Kesehatan

Korban a-b Cukup

Jelas

c. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

FORMULIR VIII

PELAPORAN

PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

A. NAMA FASILITAS KESEHATAN :

W. JENIS KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

X. WAKTU KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

Y. WAKTU PELAPORAN :

Tanggal : Bulan : Tahun : Pukul :

Z. LOKASI KEJADIAN KRISIS KESEHATAN :

.....

AA. JUMLAH KORBAN

1. Korban meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban dirawat dan rujukan

Pasien baru		Masih Dirawat Inap		Pulang Sembuh (Kumulatif)		Dirujuk Kumulatif		Rawat Jalan Kumulatif		Ket. (Tujuan Rujukan)
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

BB. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG RUSAK

1.

2.

3. dst.....

CC. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jenis Penyakit Rawat Jalan (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Jumlah						
--------	--	--	--	--	--	--

2. Jenis Penyakit Rawat Inap (kumulatif)

No	Diagnosa	Umur			Jenis Kelamin		
		<5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Jumlah						

3. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, mis., patah tulang, luka bakar, operasi dan lain-lain (tergantung dari jumlah kasus yang dipantau):.....

No	Diagnosa	Rawat Inap						Ket
		Pasien Baru			Masih Rawat Inap			
		L	P	Jml	L	P	Jml	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

4. Jenis penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap:

- (1) Trend penyakit potensi KLB
- (2) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

DD. PERMASALAHAN SAAT INI

.....

EE. BANTUAN
SEGERA YANG
DIPERLUKAN 1.

.....

.....

2.

3. dst

FF. RENCANA
TINDAKAN

LANJ
UT 1.

.....

.....

.....

.....

2.

3. dst

...../...../2

0....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan
melaporkan

Petugas yang

NIP.

NIP.

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

**PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN**

**PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN**

- I. Diisi nama fasilitas kesehatan yang melaporkan.
- J. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- K. Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.

L. Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat laporan dibuat.

M. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan.

N. Jumlah Korban :

1. Korban meninggal .

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
- (3) Jenis kelamin cukup jelas.
- (4) Usia cukup jelas.
- (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
- (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
- (7) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.

2. Korban dirawat dan rujukan

- (1) Pasien baru L yaitu jumlah korban laki-laki yang baru dirawat inap pada hari ini.
- (2) Pasien baru P yaitu jumlah korban perempuan yang baru dirawat inap pada hari ini
- (3) Masih dirawat inap L yaitu jumlah korban laki-laki yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (4) Masih dirawat inap P yaitu jumlah korban perempuan yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Pulang sembuh (kumulatif) L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (6) Pulang sembuh (kumulatif) P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
- (7) Dirujuk kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas

pelayanan kesehatan lain.

- (8) Dirujuk kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.
- (9) Rawat jalan kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini.
- (10) Rawat jalan kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini.
- (11) Cukup jelas.

O. Dituliskan jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak serta tingkat kerusakannya.

P. Perkembangan

Kondisi Kesehatan

Korban 1 - 2

5. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud tergantung dari jenis krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu.
Contoh : pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2016 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi sedangkan pada letusan Merapi tahun 2018 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.
6. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik.
Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan dan dirawat inap dari hari ke hari.

T. Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFY- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., "*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*", artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.

- Lucas, Adetokunbo, “*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
 “*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*”, diakses dari www.aplcare.com.
- “*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*”, diakses dari www.bkkbn.go.id.
- “*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., “*Public-Private Partnership for Public Health*”, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, “*Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan*”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “*Public Private Services Team Up*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Thomas, A., dan Valerie Curtis, “*Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, “*Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, “*Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta*”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall
- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.

- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. *Strategic Management Journal*. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumhaskitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. *Strategic Management Journal*. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. *Strategic Management Journal*. 5. 171-180.

**PETUNJUK PENGISIAN
PELAPORAN
PERKEMBANGAN PASIEN DI FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN**

- Diisi nama fasilitas kesehatan yang melaporkan.
- Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun saat laporan dibuat.
- Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis kesehatan.
- Jumlah Korban :
 1. Korban meninggal .
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
 2. Korban dirawat dan rujukan
 - (1) Pasien baru L yaitu jumlah korban laki-laki yang baru dirawat inap pada hari ini.
 - (2) Pasien baru P yaitu jumlah korban perempuan yang baru dirawat inap pada hari ini
 - (3) Masih dirawat inap L yaitu jumlah korban laki-laki yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (4) Masih dirawat inap P yaitu jumlah korban perempuan yang pada saat ini masih dirawat inap di fasilitas

- pelayanan kesehatan tersebut.
- (5) Pulang sembuh (kumulatif) L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (6) Pulang sembuh (kumulatif) P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini, yang telah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (7) Dirujuk kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.
 - (8) Dirujuk kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang pernah dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, kemudian dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.
 - (9) Rawat jalan kumulatif L yaitu jumlah seluruh korban laki-laki yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini.
 - (10) Rawat jalan kumulatif P yaitu jumlah seluruh korban perempuan yang dirawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sejak awal kejadian krisis hingga kini.
 - (11) Cukup jelas.

Q. Dituliskan jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak serta tingkat kerusakannya.

R. Perkembangan

Kondisi Kesehatan

Korban 1 - 2

7. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud tergantung dari jenis krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu.
Contoh : pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2016 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi sedangkan pada letusan Merapi tahun 2018 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

8. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dan dirawat inap dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan dan dirawat inap dari hari ke hari.

Daftar Pustaka

- Bastian, Indra, 2001, *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*, Edisi Pertama, BPFE- Yogyakarta, Yogyakarta.
- Bond, E. C., “*Public/Private Sector Partnership for Emerging Infections*”, artikel ini diakses dari search yahoo in www.yahoo.com.
- Lucas, Adetokunbo, “*Public-Private Partnership: Illustrative Examples*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
“*Peluang Kesehatan di Era Ekonomi*”, diakses dari www.aplcare.com.
- “*Pedoman Kebijakan Teknis Upaya Promosi dan Pemenuhan Hak-hak Reproduksi*”, diakses dari www.bkkbn.go.id.
- “*Pusat Pengembangan Pangan, Gizi, dan Kesehatan Masyarakat*”, diakses dari www.lpm.uns.ac.id.
- Reich, M. R., “*Public-Private Partnership for Public Health*”, artikel ini diakses dari www.hsph.harvard.edu.
- Siagian, Albiner, “*Paradigma Baru Pembangunan Kesehatan*”, diakses dari <http://rudyet.tripod.com>.
- Smith, Maureen, “*Public Private Services Team Up*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Thomas, A., dan Valerie Curtis, “*Public-Private Partnership for Health: A Review of Best Practice*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Wilson, Donna, “*Privatization of Canadian Health Care System Not Yet and Hopefully Never*”, diakses dari search in www.yahoo.com.
- Walujani, Atika, “*Pelayanan Kesehatan, Barang Publik atau Barang Swasta*”, diakses dari www.kompas.com/kompas/cetak/1605.
- Bettis, RA. and MA. Hitt. 1995. *The New Competitive Landscape*. Strategic Management Journal. 16 (Special Issue). 7-19
- Boekitwetan P. 1997. *Pemahaman rekam medik rumah sakit*. Majalah Ilmiah FK Universitas Trisakti. 16 (7). 1675-1685
- David, FR. 2005. *Strategic Management: Concept and Cases*. Tenth Edition. Prentice Hall

- Duncan, JW. 1996. *Strategic Management of Health Care Organizations*, Second Edition. Blackwell Business Publishers Inc.
- Eisenhardt, KM. and JA. Martin. 2000. *Dynamic capabilities: What are they?* Strategic Management Journal. 21. 1105-1121.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Millenium: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Jilid Satu. PT Prenhallindo.
- Lestari, TRP. 2004. *Pemasaran Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Upaya Menciptakan Image Positif Masyarakat*. Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Saki. Jakarta. UI.
- Pearce, JA. and RB. Robinson. 2007. *Strategic Management: Formulation, Implementation, and Control*. Tenth Edition. McGraw Hill.
- Permana, HS. 2002. *Konsep Modal Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*. Artikel Marsi. Jakarta. UI.
- Peteraf, MA. 1993. *The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View*. Strategic Management Journal. 14. 179-191.
- Porter, ME. 1980. *Competitive Strategy* New York. Free Press
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. New York. Free Press
- Porter, ME. 1998. *Keunggulan Bersaing: Menciptakan dan Mempertahankan Kinerja Unggul*. Edisi Bahasa Indonesia, Binarupa Aksara Jakarta.
- Rangkuti, F. 2002. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Sekaran, U. 2000. *Research Methods For Business*, Third Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Soejitno, S. 2000. *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*. Jakarta. Hastarimasta.
- Teece, DJ., G. Pisano. and A. Shuen. 1997. *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal. 18. 509-533.
- Wernerfelt, B. 1984. *A resource-based view of the firm*. Strategic Management Journal. 5. 171-180.