



LAPORAN PENELITIAN

**Disrupsi Pelayanan Kesehatan
di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
Provinsi Sulawesi Utara**

Desember 2021



Tim Peneliti :

1. Prof.Dr. AsnaAneta, M.Si (Ketua)
2. Dr.Muchtar Ahmad, M.Si.
3. Dr.Ariawan, S.Psi., S.E., M.M
4. Dr. Fatma M. Ngabito, M.Si.
5. Dr.Dwi Indah Y. Solihin, M.Si.
6. Rustam Tohopi.,S.Pd.,M.Si
7. Lukman Samatowa, S.Si., M.Pd.



DAFTAR ISI

Daftar Isi	3
BAB I PENDAHULUAN.....	5
1.1 Latar Belakang	5
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat	11
BAB II STUDI PUSTAKA	12
2.1 Konsep Pembangunan Manusia	12
2.2 Konsep Inovasi.....	14
2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan	17
2.3 Konsep Efektivitas Program	28
2.4 Indikator Keberhasilan Program	31
Bab III Metode Penelitian	36
3.1 Objek Penelitian	36
3.2 Pendekatan Penelitian	36
3.3 Indikator Pengukuran Penelitian	36
3.4 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data	45
3.5 Populasi dan Sampel	46
3.6 Metode Analisis.....	47
Bab IV Hasil Penelitian Dan Pembahasan	49
4.1 Gambaran Umum Kab. Bolaang Mongondow Utara	49
4.1.1 Profil Kesehatan Kabupaten Bolmut	49
4.1.2 Derajat Kesehatan Kabupaten Bolmut	63
4.2 Deskripsi Hasil Penelitian	67
4.3 Pembahasan	96
4.3.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan Kab. Bolmut	96
4.3.2 Model Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam menurunkan angka kematian dan kelahiran penduduk Di Kab. Bolmut	105
4.3.3 Model Faktor-faktor yang mempengaruhi Disrupsi pelayanan kesehatan dalam menurunkan Stunting Di Kab. Bolmut	111



4.4 Hasil Temuan	115
4.5 Rekomendasi	121
Daftar Pustaka	123
Jadwal Penelitian	125
Rencana Anggaran Biaya Penelitian	126
Lampiran Kuisisioner	128

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Secara spesifik tujuan yang ingin dicapai berdasarkan komperensi global tentang *primary health care* yang diadakan di Kazakhstan 2018, menyepakati komitmen pemerintah dan masyarakat untuk memprioritaskan, mempromosikan dan melindungi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat melalui sistem kesehatan yang kuat; layanan kesehatan yang berkualitas tinggi, aman, komprehensif, terpadu, mudah diakses, tersedia dan terjangkau untuk semua orang, dengan pelayanan yang dilingkupi oleh rasa hormat dan bermartabat oleh profesional kesehatan yang terlatih baik, terampil, termotivasi dan berkomitmen.

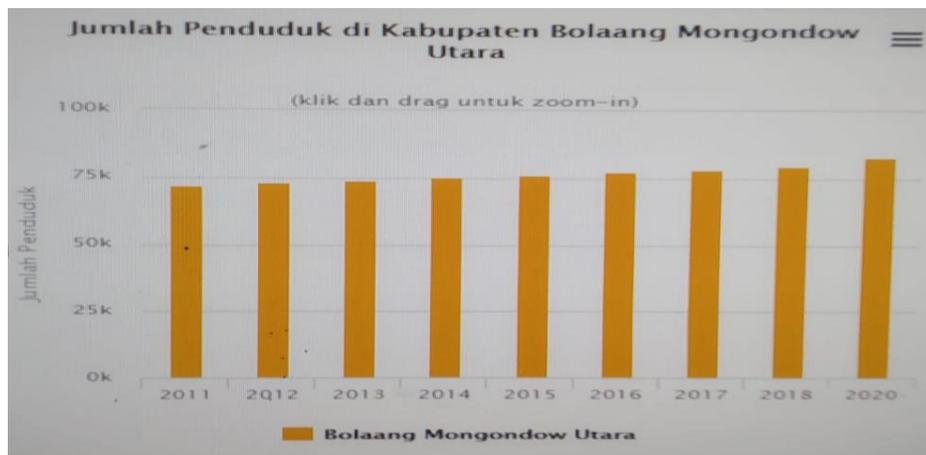
Aplikasi teknologi dalam pelayanan kesehatan yang ditandai dengan meluasnya digitalisasi, optimalisasi, dan penggunaan kecerdasan buatan membuat perubahan besar dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan saat ini mengalami kondisi VUCA (Volatile, Uncertainty, Complexity dan Ambiguity) karena dihadapkan pada disrupsi dalam pelayanan kesehatan (*disruption in healthcare*). Disrupsi diartikan sebagai perubahan mendasar yang menggantikan seluruh cara kerja yang lama dengan pembaharuan yang mendasar. Teknologi medis yang semakin canggih (*artificial narrow intelligence, robotics, genomics*); revolusi dalam hardware dan software dalam pelayanan kesehatan, *telemedicine, virtual* dan *augmented reality*; penetrasi akses internet, telepon mobile dan



smartphone; melimpahnya informasi mengenai kesehatan dari berbagai sumber; masyarakat yang semakin sadar dan cerdas; peningkatan biaya penyediaan pelayanan kesehatan modern, menjadi berbagai tantangan yang hadir di era disruptif. Pelayanan kesehatan ke depan dituntut akan semakin terkoneksi (*hyperconnected healthcare*). Inovasi-inovasi berbasis digital di dalam pelayanan kesehatan serta teknologi-teknologi terobosan (cloud computing, supercomputing, big data, Internet of Things – IoT) akan semakin mengambil peran penting dalam pelayanan kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya. Keberhasilan pembangunan kesehatan difokuskan pada pencapaian dan kemanfaatan *Universal Health Coverage* (UHC), yang didalamnya termasuk perlindungan risiko keuangan (*financial risk protection*), akses terhadap pelayanan kesehatan esensial yang bermutu dan akses terhadap keselamatan, efektifitas, mutu serta ketersediaan dan kecukupan vaksin dan obat untuk semua. Esensi dari UHC adalah akses universal untuk memperkuat sistem kesehatan berorientasi manusia. Pelayanan berbasis komunitas, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan komponen utama dalam pencapaian UHC. Tantangan utama dalam mencapai UHC adalah hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan, bisa berupa hambatan ekonomi, geografi, epidemiologi atau budaya.

Kabupaten Bolaang Mongondow Utara terbentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2007, pada tanggal 2 Januari 2007, dengan jumlah penduduk berdasarkan sensus penduduk pada tahun 2007 mencatat penduduk Bolaang Mangondow Utara pada tahun 2020 sebanyak 83.112 jiwa.



Sumber: Berita Resmi Statistik, 2020

Ditinjau dari Pembangunan manusia di Kabupaten Bolmut yang merupakan tujuan pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dengan sasaran strategis yang di jabarkan berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks Pembangunan Manusia (IPM atau HDI – Human Development Index) adalah indeks komposit yang dihitung berdasarkan usia harapan hidup, tingkat pendidikan, dan pendapatan (Andrei Ramani, 2014).

Pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang diukur dengan 3 aspek pengukuran yaitu kesehatan, pendidikan, dan standar hidup. Dimensi kesehatan diukur melalui indikator usia harapan hidup saat lahir, dimensi pendidikan diukur melalui rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf, dan dimensi standar hidup diukur melalui pengeluaran per kapita riil yang disesuaikan. Perkembangan pengukuran dimensi dari indeks pembangunan manusia dapat dilihat dari ketiga aspek sebagai berikut:



Sumber : BPS 2020

Grafik 3 Aspek Pengukuran IPM Kabupaten Bolmut

Kualitas sumber daya manusia sering diindikasikan dengan tingkat pendidikan dan kesehatan serta pendapatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan kesehatan seseorang diharapkan semakin tinggi produktivitasnya dan semakin tinggi pendapatannya serta semakin besar peluangnya untuk tergolong tidak miskin. Keterkaitan seperti itulah yang sering dipakai untuk merancang program-program pembangunan suatu daerah atau negara dalam mengatasi masalah kemiskinan. Perkembangan kualitas sumber daya manusia di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dapat dijelaskan berdasarkan grafik tersebut dapat dijelaskan mengalami peningkatan khususnya pada aspek kesehatan dan pendidikan. Pertumbuhan aspek kesehatan dapat dilihat dari umur harapan hidup saat lahir (UHH) pada tahun 2020 mengalami pertumbuhan sebesar 0,12% dari tahun 2019 sebesar 67,54 menjadi sebesar 67,66. Sementara dari aspek pendidikan diukur dengan Harapan Lama Sekolah (HLS) dan rata-rata lama sekolah yang menunjukkan bahwa Harapan lama sekolah mengalami pertumbuhan sebesar 0,15% dari tahun 2019 sehingga menjadi 11,90 dan Rata-rata Lama Sekolah (RLS mengalami pertumbuhan sebesar 0,01 menjadi sebesar 11,91 pada tahun 2020. Sedangkan aspek pendapatan



diukur dengan pengeluaran perkapita pertahun yang beberapa tahun mengalami peningkatan pertumbuhan. Namun pada tahun 2020 mengalami penurunan pertumbuhan sebesar Rp -30.300, yang pada tahun 2019 sebesar Rp 9.366 juta menjadi Rp 9.062 juta pada tahun 2020.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang diukur dengan 3 aspek pengukuran yaitu kesehatan, pendidikan, dan standar hidup. Berbagai upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk mengentaskan kemiskinan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara untuk menanggulangi masalah kemiskinan dan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, mulai dari peningkatan pelayanan kesehatan, Bolmut Bebas Stunting tahun 2020, model inovasi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kematian dan kelahiran penduduk, strategi program layanan kesehatan dan factor-faktor yang mempengaruhi disrupsi pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dan masih banyak lagi program yang di jalankan pemerintah Kabupaten Bolmut dalam menanggulangi kemiskinan yang menggunakan biaya yang mencapai milyaran rupiah agar masyarakat miskin juga menikmati layanan kesehatan yang maksimal baik dari Puskesmas maupun Rumah sakit daerah.

Upaya-upaya yang di lakukan haruslah memenuhi Pelayanan kesehatan primer yang efektif dan efisien membutuhkan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, yang didukung oleh pendekatan kesehatan digital dan sistem inovasi, kapasitas sumber daya manusia, akses terhadap obat, vaksin, dan produk kesehatan. Juga perlu didukung pembiayaan dan tata kelola yang memadai, termasuk penguatan sistem informasi kesehatan dan peningkatan advokasi.

Berdasarkan penjelasan diatas maka perlu dilakukan kajian atas “Disrupsi Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Provinsi Sulawesi Utara”. Kajian ini diharapkan memberikan rekomendasi terkait efektivitas dan dampak dari program yang di lakukan pada periode-periode berikutnya.

1.2 Rumusan masalah

Dalam mendukung Disrupsi Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, maka penting mengkaji dan menganalisis model inovasi dan perubahan hasil program pelayanan kesehatan secara konsisten dan profesional serta proporsional, sehingga dalam Pembangunan daerah akan lebih konsisten menurunkan angka kemiskinan di Kabupaten Bolaang Mongondow. Adapun yang menjadi permasalahan pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana manajemen pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.?
2. Sejauhmana model inovasi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kematian dan kelahiran penduduk di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.?
3. Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi disrupsi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka stunting di Kabupaten Bolaang Mngondow Utara?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan persoalan di atas maka tujuan yang ingin dicapai adalah :

- 1) Mengkaji Prosedur manajemen pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
- 2) Menganalisis model inovasi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kematian dan kelahiran penduduk di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi disrupsi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka stunting di Kabupaten Bolaang Mngondow Utara.



1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Memberikan gambaran yang jelas mengenai proses pembuatan, implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan serta efektifitas dan dampaknya pada disrupsi pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
2. Penelitian ini menjadisangat penting mengingat hasil studi ini dapat dijadikan sebagai suatu masukan positif dalam merancang model inovasi pelayanan kesehatan menuju perubahan pembangunan masyarakat yang sejahterah dan sadar sehatdi Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.



BAB II STUDI PUSTAKA

2.1. Konsep Pembangunan Manusia

Dalam rangka pembangunan bangsa dibutuhkan modal manusia yang memenuhi kualifikasi keterampilan, pengetahuan dan kompetensi pada berbagai bidang keahlian. Maka diperlukan tolak ukur yang digunakan untuk menilai kualitas pembangunan Manusia, hal ini mendasari adanya ukuran yang ditetapkan oleh United Nation Development Programme(1990) dalam teori Indeks Pembangunan Manusia yaitu suatu pendekatan yang digunakan sebagai tolak ukur tinggi rendahnya pembangunan manusia.

Indeks Pembangunan Manusia digunakan untuk mengukur seberapa besar dampak yang ditimbulkan dari upaya peningkatan kemampuan modal dasar manusia. Pembangunan Manusia merupakan komponen pembangunan melalui pemberdayaan penduduk yang menitikberatkan pada peningkatan dasar manusia. Pembangunan yang dihitung menggunakan ukuran besar kecilnya angka pendidikan, kesehatan dan daya beli. Semakin tinggi angka yang diperoleh maka semakin tercapai tujuan dari pembangunan. Pembangunan merupakan sebuah proses untuk melakukan perubahan kearah yang lebih baik (Nur Baeti, 2013).

Keberhasilan pembangunan manusia dapat dinilai dari seberapa besar permasalahan yang dapat diatasi terlebih lagi permasalahan yang paling mendasar. Permasalahan yang ada diantaranya berupa masalah kemiskinan pengangguran, pendidikan yang tidak menyeluruh dan masalah keberhasilan pembangunan manusia dari aspek ekonomi lainnya. Tercapainya tujuan pembangunan yang tercermin pada indeks pembangunan manusia sangat tergantung pemerintah sebagai penyedia sarana penunjang (Marisca dan Haryadi, 2016). Dalam proses mencapai tujuan pembangunan, ada empat komponen yang harus diperhatikan dalam

pembangunan manusia (UNDP, 1995). Empat komponen tersebut dijelaskan secara singkat sebagai berikut:

1. Produktivitas

Manusia harus berupaya meningkatkan produktivitas serta berpartisipasi secara penuh dalam menghasilkan pendapatan dan memenuhi kebutuhan hidup. Maka dari itu pembangunan ekonomi dapat diartikan sebagai bagian dari pembangunan manusia.

2. Pemerataan

Setiap orang memiliki kesempatan yang sama untuk mengakses sumber daya ekonomi dan sosial politik. Segala hambatan yang dapat mencegah untuk memperoleh akses tersebut harus dihilangkan, karena semua orang harus dapat peluang berpartisipasi dalam mengambil manfaat yang ada dalam rangka meningkatkan kualitas hidup.

3. Kestinambungan

Akses terhadap kesempatan atau peluang yang tersedia harus dipastikan tidak hanya dinikmati oleh generasi sekarang tetapi juga disiapkan untuk generasi mendatang. Segala sumber daya harus senantiasa dapat diperbarui.

4. Pemberdayaan

Semua orang diharapkan dapat berpartisipasi secara penuh dalam menentukan arah kehidupan mereka. Sama halnya dalam memanfaatkan proses pembangunan maka harus berpartisipasi dalam mengambil keputusan.

Konsep pembangunan manusia sebenarnya tidak berhenti pada keempat komponen diatas. Terdapat beberapa konsep pembangunan sumber daya yang dalam konteks makro merupakan keseluruhan dari proses aktivitas peningkatan kemampuan manusia yang didalamnya mencakup berbagai aktivitas, yaitu: penguatan pendidikan dan pelatihan, kesehatan dan gizi, kesempatan kerja, lingkungan hidup yang

sehat, pengembangan ditempat kerja, serta kehidupan politik yang bebas (UNDP, 2001 dalam Sulaiman, 2012).

Pertumbuhan dan pembangunan sumber daya manusia harus selalu diupayakan oleh pemerintah guna mempersiapkan generasi yang mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dimana permasalahan yang paling mendasar dalam pembangunan ini berada dalam peningkatan kemampuan dasar masyarakat baik secara fisik maupun non fisik (mental dan spiritual). Dalam hal ini pembangunan manusia menitikberatkan peningkatan kualitas hidup yang dilihat dari tiga aspek, yaitu: aspek kesehatan, yang diukur berdasarkan besar-kecilnya angka harapan hidup saat lahir, aspek pendidikan yang diukur berdasarkan harapan lama sekolah dan rata-rata lama sekolah, dan aspek daya beli yang diukur berdasarkan nilai pengeluaran per kapita.

Berdasarkan kecenderungan yang lebih besar terhadap kebutuhan dasar dari konsep pembangunan sumber daya manusia, maka perlu penangananyang intensif oleh pemerintah dalam pengelolaanya. Dilihat dari keterkaitan ketiga aspek tersebut terhadap aspek lainnya, menunjukkan bahwa taraf baik dalam penanganan ketiga aspek tersebut, secara signifikan memberikan taraf baik terhadap pembangunan ekonomi maupun sosial politik. Artinya, dengan menfokuskan pembangunan sumber daya manusia dalam aspek kesehatan, pendidikan dan kemampuan daya beli masyarakat, mampu memberikan dampak positif terhadap aspek lainnya.

2.2 Konsep Inovasi

Dalam rangka pembangunan bangsa dibutuhkan modal manusia yang memenuhi kualifikasi keterampilan, pengetahuan dan kompetensi pada berbagai bidang keahlian. Maka diperlukan tolak ukur yang digunakan untuk menilai kualitas pembangunan Manusia, hal ini mendasari adanya ukuran yang ditetapkan oleh United Nation Development Programme (1990) dalam



teori Indeks Pembangunan Manusia yaitu suatu pendekatan yang digunakan sebagai tolak ukur tinggi rendahnya pembangunan manusia.

Indeks Pembangunan Manusia digunakan untuk mengukur seberapa besar dampak yang ditimbulkan dari upaya peningkatan kemampuan modal dasar manusia. Pembangunan Manusia merupakan komponen pembangunan melalui pemberdayaan penduduk yang menitikberatkan pada peningkatan dasar manusia. Pembangunan yang dihitung menggunakan ukuran besar kecilnya angka pendidikan, kesehatan dan daya beli. Semakin tinggi angka yang diperoleh maka semakin tercapai tujuan dari pembangunan. Pembangunan merupakan sebuah proses untuk melakukan perubahan kearah yang lebih baik (Nur Baeti, 2013).

Inovasi merupakan istilah yang saat ini sering kita dengar, baik di lingkungan organisasi publik maupun privat. Bagi organisasi publik yang terus maju dengan kompetitif, inovasi merupakan modal utama organisasi agar terus bertahan. Putera dkk (2014:53) mengungkapkan bahwa inovasi merupakan salah satu kunci utama keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Tidak ada satu pun bangsa maju di dunia ini yang mencapai kesuksesan tanpa menghasilkan inovasi. Inovasi tidaklah harus selalu berkaitan dengan penciptaan suatu produk yang canggih, namun lebih pada bagaimana membuat suatu pekerjaan menjadi lebih mudah, lebih cepat, dan lebih murah.

Menurut Valkama et al. (2013), aktivitas-aktivitas inovasi yang dilakukan di sektor publik tidak terlepas dari adanya perubahan global dan tantangan-tantangan yang dihadapi oleh ilmuwan administrasi publik dan organisasi sector publik dalam merespon perkembangan teknologi dan ekonomi dunia saat ini.

New Public Management (NPM) yang waktu itu menjadi salah satu konsep andalan bagi sebagian besar akademisi di kalangan administrasi publik untuk memperbaiki atau meningkatkan pelayanan publik di Indonesia. NPM memang menjadi salah satu konsep yang mendasari munculnya



berbagai praktik inovasi sektor publik (Hall and Holt, 2008), namun NPM cenderung mengadopsi langsung hampir keseluruhan berbagai praktik di organisasi bisnis untuk diterapkan di organisasi publik, sementara praktik inovasi sektor publik tidak meniru langsung dari praktik di sektor bisnis (Lynn Jr., 2013).

Di dalam inovasi sektor publik, perubahan-perubahan yang ada tidak serta hasil dari meniru sepenuhnya aktivitas-aktivitas di sektor bisnis, melainkan perubahan dan perbaikan di sektor publik dapat terinspirasi dari pengetahuan lokal yang ada dan juga upaya kelanjutan dari aktivitas-aktivitas yang ada di dalam organisasi publik tersebut. Hal inilah yang kemudian menjadi keunikan dari inovasi sektor publik, bahwasanya kebaruan yang ada merupakan hasil dari berbagai faktor internal seperti tuntutan perbaikan organisasi dan eksternal organisasi seperti tuntutan masyarakat yang ingin perubahan pelayanan semakin baik.

Inovasi menurut Rogers dalam Suwarno (2008:9) adalah sebuah ide, praktek, atau objek yang dianggap baru oleh individu satu unit adopsi lainnya. Pengertian inovasi di atas dapat disimpulkan bahwa inovasi merupakan ide kreatif teknologi atau cara baru dalam teknologi pelayanan atau memperbaiki yang sudah ada di bidang teknologi pelayanan atau menciptakan terobosan atau penyederhanaan di bidang aturan, pendekatan, prosedur, metode, maupun struktur organisasi pelayanan yang manfaatnya hasil mempunyai nilai tambah baik dari segi kuantitas maupun kualitas pelayanan.

Winslow mengartikan Kesehatan Masyarakat sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang umur dan meningkatkan kesehatan dan efisiensi melalui upaya pengorganisasian dan pendayagunaan masyarakat. Kesehatan masyarakat merupakan salah satu indikator kualitas hidup manusia yang sangat dipengaruhi kondisi lingkungan yang ada di suatu wilayah. Kemajuan suatu bangsa tidak hanya diukur dari sudut kekuatan militer, pertumbuhan ekonomi yang baik, atau perkotaan dengan

bangunan yang mewah tetapi akan diukur dari kesejahteraan masyarakat dalam wujud kualitas manusia. Menurut UNICEF (1993) ukuran kesejahteraan suatu masyarakat dalam wujud kualitas manusia, antara lain meliputi :

- 1) Tingkat Kesehatan, Gizi Dan Pendidikan;
- 2) Tingkat Memperoleh Pendapatan Secara Adil;
- 3) Tingkat Kemampuan Untuk Berperan Secara Aktif Dalam Pembuatan Keputusan Yang Berdampak Pada Kehidupannya;
- 4) Tingkat Pengakuan Atas Hak Sipil Dan Kebebasan Berpolitik;
- 5) Tingkat Kepedulian Kepada Golongan Yang Lemah.
- 6) Tingkat Perlindungan Bagi Pertumbuhan Anak-Anak.

Keenam faktor tersebut pada hakikatnya perannya sangat ditentukan oleh kualitas lingkungan hidup. Dengan demikian, masalah inovasi harus dapat memberikan dampak positif pada harapan masyarakat untuk hidup sejahtera tidak dapat dipisahkan dalam proses pembangunan suatu bangsa.

2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan pelayanan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang pedoman standar pelayanan, bahwa yang dimaksud standar pelayanan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggra kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 pedoman umum pelayanan publik, standar pelayanan publik, sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) Prosedur Pelayanan adalah prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

- 2) Waktu Penyelesaian adalah waktu yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
- 3) Biaya pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
- 4) Sarana dan Prasarana adalah penyediaan sarana dan prasarana yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.
- 5) Kopetensi Petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas (Pusat kesehatan masyarakat), pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan dan dituangkan dalam suatu sistem. Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (2007) dalam Mubarak dan Nurul Chayatin (2009) ada dua macam jenis pelayanan kesehatan

1. Pelayanan kesehatan masyarakat Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (public health services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta sasarnya terutama untuk kelompok dan masyarakat.
2. Pelayanan kedokteran Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (institution), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarnya terutama untuk perseorangan dan keluarga.



Mubarak dan Nurul Chayatin (2009) menyatakan suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi syarat-syarat berikut:

1. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat, dan bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.
3. Mudah dicapai (*accessible*). Ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan itu tidak ditemukan di daerah pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
4. Mudah dijangkau (*affordable*). Keterjangkauan yang dimaksudkan adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini, harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
5. Bermutu (*quality*). Mutu yang dimaksud disini adalah yang merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi

bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai pondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal manusia (human capital). Indeks modal manusia (Human Capital Index) mencakup parameter:

- 1) Survival, diukur dari probabilitas keberlangsungan hidup hingga umur 5 tahun (probability of survival to age 5),
- 2) Pendidikan, diukur dari ekspektasi jumlah tahun sekolah dan skor tes terharmonisasi (expected years of schooling dan harmonized test scores), dan
- 3) Kesehatan, diukur dari survival rate usia 15 – 60 tahun dan proporsi anak dibawah usia 5 tahun yang tidak mengalami stunting.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing (khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan), Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020- 2024, sebagai berikut:

1. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi Angka kematian ibu (maternal mortality rate) dan angka kematian bayi (infant mortality rate) merupakan indikator sensitif untuk mengukur keberhasilan pencapaian pembangunan kesehatan, dan juga sekaligus mengukur pencapaian indeks modal manusia. Pemerintah telah menetapkan penurunan angka kematian ibu sebagai major project, yang harus digarap dengan langkah-langkah strategis, efektif dan efisien.
2. Menurunkan angka stunting pada balita Proporsi balita stunting sangat penting sebagai parameter pembangunan modal manusia. Seperti halnya penurunan angka kematian ibu, pemerintah juga telah menetapkan percepatan penurunan stunting sebagai major project yang harus digarap dengan langkah-langkah strategis, efektif dan efisien.
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional Sebagaimana diketahui bersama, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah

mampu memperbaiki akses pelayanan kesehatan baik ke FKTP maupun FKRTL dan juga telah memperbaiki keadilan (ekualitas) pelayanan kesehatan antar kelompok masyarakat. Namun demikian, pembiayaan JKN selama lima tahun terakhir telah mengalami ketidakseimbangan antara pengeluaran dan pemasukan. Dalam rangka meningkatkan efektivitas dan efisiensi JKN, Kementerian Kesehatan memiliki peran sentral dalam kendali mutu dan kendali biaya (cost containment).

4. Meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri. Sesuai dengan peta jalan kemandirian farmasi dan alat kesehatan, pemerintah telah bertekad untuk meningkatkan industri bahan baku obat dan juga peningkatan produksi alat kesehatan dalam negeri. Agar produksi dalam negeri ini dapat diserap oleh pasar, pemerintah harus melakukan langkah-langkah strategis untuk mendorong penggunaan obat dan alat kesehatan produksi dalam negeri.

Guna mewujudkan Misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan menetapkan 5 (lima) Tujuan Strategis, yakni:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

5 (lima) Tujuan Strategis, yang dijabarkan menjadi 8 (delapan) Sasaran Strategis, dalam menjalankan pembangunan kesehatan 2020-2024. Delapan Sasaran Strategis tersebut adalah:

- 1) Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat. Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat serta lansia dilaksanakan melalui strategi:



- a. Peningkatan pelayanan ibu dan bayi berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta melalui sistem rujukan terpadu dan berkesinambungan semenjak ANC;
- b. Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal dan postnatal bagi ibu dan bayi baru lahir, termasuk imunisasi;
- c. Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan;
- d. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan dalam mendeteksi dini faktor risiko kematian;
- e. Penyediaan ambulans desa untuk mencegah tiga terlambat;
- f. Peningkatan penyediaan darah setiap saat dibutuhkan;
- g. Perbaikan pencatatan kematian ibu dan kematian bayi di fasyankes dan masyarakat melalui pengembangan PS2H (Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati);
- h. Penguatan dan pengembangan pelaksanaan MTBS;
- i. Perluasan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mencapai UCI (Universal Child Immunization) sampai level desa;
- j. Peningkatan cakupan ASI eksklusif;
- k. Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
- l. Peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi sampai tingkat desa;
- m. Peningkatan cakupan dan mutu intervensi spesifik mulai dari remaja, ibu hamil, bayi, dan anak balita;
- n. Penguatan kampanye nasional dan strategi komunikasi untuk perubahan perilaku sampai pada keluarga;
- o. Penguatan puskesmas dalam penanganan balita gizi buruk dan wasting;
- p. Penguatan sistem surveilans gizi;
- q. Pendampingan ibu hamil untuk menjamin asupan gizi yang berkualitas;

- r. Pendampingan baduta untuk mendapatkan ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, dan stimulasi perkembangan yang adekuat;
 - s. Promosi pembudayaan hidup sehat, melalui edukasi literasi kesehatan;
 - t. Revitalisasi posyandu, posbindu, UKS, dan UKBM lainnya untuk edukasi kesehatan, skrining, dan deteksi dini kasus;
 - u. Mendorong pelabelan pangan, kampanye makan ikan, makan buah dan sayur, serta kampanye diet seimbang (isi piringku);
 - v. Meningkatkan metode/cara promosi kesehatan, melalui TV spot, leaflets, booklet, media sosial, dan sebagainya;
 - w. Pengembangan kawasan sehat antara lain kabupaten/kota sehat, pasar sehat, UKS dan lingkungan kerja sehat;
 - x. Melakukan aksi multi sektoral untuk mendorong penyediaan ruang terbuka publik, aktivitas fisik (olah raga), stop smoking, penurunan polusi udara, dan peningkatan lingkungan sehat;
 - y. Mendorong regulasi pemerintah pusat dan daerah serta swasta untuk menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan /Health in All Policy (HiAP).
- 2) Meningkatkan ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan Dilaksanakan melalui strategi:
- a. Peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan (FKTP dan FKRTL) yang difokuskan pada daerah yang akses secara fisik masih terkendala (DTPK), di mana untuk wilayah perkotaan lebih didorong peran swasta;
 - b. Pengembangan dan pelaksanaan rencana induk nasional penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Penyempurnaan standar pelayanan kesehatan;
 - d. Pemanfaatan inovasi teknologi dalam pelayanan kesehatan termasuk laboratorium kesehatan meliputi perluasan sistem rujukan online termasuk integrasi fasilitas kesehatan swasta dalam sistem rujukan,

- sistem rujukan khusus untuk daerah dengan karakteristik geografis tertentu (kepulauan dan pegunungan);
- e. Perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan telemedicine, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online; perluasan pelayanan kesehatan bergerak (flying health care) dan gugus pulau;
 - f. Penguatan *Health Technology Assessment* (HTA), dewan pertimbangan klinis, dan tim kendali mutu dan kendali biaya, pengembangan dan penerapan clinical pathway;
 - g. Penguatan kemampuan RS Khusus;
 - h. Penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem, melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan sistem koordinasi jejaring dan jaringan puskesmas, penguatan promotif, preventif dan penemuan dini kasus melalui penguatan UKBM, praktek mandiri, klinik pratama, penguatan aksi multisektoral melalui melibatkan seluruh stakeholder, dan penguatan konsep wilayah kerja;
 - i. Penguatan kepemimpinan dan manajemen di dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas dalam rangka penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem;
 - j. Perbaikan pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengendalian Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).
- 3) Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dilakukan melalui strategi:
- a. Perluasan cakupan deteksi dini PM dan PTM, termasuk pencapaian cakupan SPM Bidang Kesehatan;
 - b. Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis;
 - c. Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
 - d. Penguatan sanitasi total berbasis masyarakat;



- e. Peningkatan akses air bersih dan perilaku higienis;
 - f. Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawat daruratan kesehatan masyarakat;
 - g. Peningkatan advokasi dan komunikasi;
 - h. Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko;
 - i. Penguatan sistem laboratorium nasional, termasuk laboratorium kesehatan masyarakat untuk penguatan surveilans;
 - j. Penguatan reporting dan real time surveillance untuk penyakit berpotensi wabah dan penyakit baru muncul (new emerging diseases);
 - k. Membangun sistem kewaspadaan dini;
 - l. Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat;
 - m. Peningkatan kemampuan daerah termasuk SDM.
- 4) Meningkatkan akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan, Meningkatkan akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan dilakukan melalui strategi:
- a. Memastikan ketersediaan obat esensial dan vaksin di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di puskesmas, dengan melakukan pembinaan pengelolaan obat dan vaksin sesuai standar di instalasi farmasi provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas;
 - b. Menerapkan sistem data dan informasi pengelolaan logistik obat secara terintegrasi antara sarana produksi, distribusi, dan pelayanan kesehatan;
 - c. Penguatan regulasi sistem pengawasan pre dan post market alat kesehatan, melalui penilaian produk sebelum beredar, sampling dan pengujian, inspeksi sarana produksi dan distribusi termasuk pengawasan barang impor Border dan Post Border, dan penegakan hukum;



- d. Meningkatkan daya saing dan kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, melalui penciptaan iklim ramah investasi, optimalisasi hubungan kerjasama luar negeri, membangun sinergi *Academic-Bussiness-Government Community-Innovator (A-B-G-C-I)*, hilirisasi, serta fasilitasi pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan ke arah biopharmaceutical, vaksin, natural, Active Pharmaceutical Ingredients (API) kimia dan industri alat kesehatan teknologi tinggi;
 - e. Mendorong tersedianya vaksin halal melalui penyusunan roadmap vaksin halal;
 - f. Mendorong produksi alat kesehatan dalam negeri dengan mengutamakan pemanfaatan komponen lokal serta penggunaan alat kesehatan dalam negeri melalui promosi, advokasi, dan pengawasan implementasi regulasi;
 - g. Menjalankan program promotif preventif melalui pemberdayaan masyarakat, terutama untuk meningkatkan penggunaan obat rasional dan alat kesehatan tepat guna di masyarakat serta pemanfaatan kearifan lokal melalui Gerakan Bugar dengan Jamu dan pemanfaatan Obat Modern Asli Indonesia (OMAI).
- 5) Meningkatkan pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar dilakukan melalui strategi:
- a. Pemenuhan tenaga kesehatan di puskesmas sesuai standar;
 - b. Pemenuhan tenaga dokter spesialis di rumah sakit sesuai standar;
 - c. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait program prioritas nasional (penurunan kematian maternal, kematian bayi, stunting, pengendalian penyakit);
 - d. Afirmasi pendidikan tenaga kesehatan strategis untuk wilayah DTPK;
 - e. Pembuatan skema penempatan tenaga kesehatan untuk pemenuhan standar jumlah nakes dengan pendekatan insentif yang memadai dan perbaikan regulasi;

- f. Meningkatkan kapasitas tenaga kader kesehatan di UKBM (posyandu, posbindu) dan memberikan reward yang memadai sesuai kinerja yang ditetapkan.
- 6) Terjaminnya pembiayaan kesehatan Meningkatkan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui strategi:
- a. Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari komponen APBN, khususnya terkait Upaya Kesehatan Masyarakat;
 - b. Pemenuhan pembiayaan kesehatan untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN;
 - c. Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari APBD minimal 10% dari APBD;
 - d. Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan oleh swasta.
- 7) Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih Meningkatkan sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih dilakukan melalui strategi:
- a. Pengembangan kebijakan untuk penguatan kapasitas pemerintah provinsi dan kabupaten/kota;
 - b. Pendampingan perbaikan tata kelola pada daerah yang memiliki masalah kesehatan untuk pencapaian target nasional dan mendorong pemenuhan SPM Bidang Kesehatan;
 - c. Integrasi, interoperabilitas, sinkronisasi dan simplifikasi sistem informasi kesehatan pusat dan daerah termasuk penerapan sistem single entry
 - d. Penguatan manajemen kesehatan di kabupaten/kota dalam kerangka otonomi pembangunan kesehatan;
 - e. Mendorong sinergisme perencanaan pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;
 - f. Mendorong penerapan revolusi mental dan reformasi birokrasi;
 - g. Mendorong efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran pemerintah;
 - h. Meningkatkan pendekatan manajemen berbasis kinerja;

- i. Meningkatkan jumlah unit yang masuk dalam kategori WBK dan WBBM.
- 8) Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan. Meningkatkan efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan untuk pengambilan keputusan dilakukan melalui strategi:
- a) Melaksanakan penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan sesuai dengan RPJMN Bidang Kesehatan dan Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024;
 - b) Memperkuat jejaring penelitian kesehatan dan jejaring laboratorium guna memperkuat sistem penelitian kesehatan nasional ;
 - c) Meningkatkan riset untuk penguatan data rutin baik di fasilitas kesehatan dan masyarakat;
 - d) Meningkatkan diseminasi dan advokasi hasil penelitian untuk mendorong pemanfaatan hasil penelitian untuk perbaikan kebijakan dan program kesehatan;
 - e) Mengembangkan dashboard sistem informasi pembangunan kesehatan yang real time;
 - f) Meningkatkan integrasi, interoperabilitas dan pemanfaatan data hasil penelitian dan data rutin;
 - g) Mengembangkan poros kebijakan guna peningkatan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk perumusan dan perbaikan kebijakan kesehatan.

2.3. Konsep Efektivitas Program

Prihartono (2012:37), efektivitas diartikan sebagai tingkat keberhasilan mencapai sasaran. Sasaran diartikan sebagai keadaan atau kondisi yang diinginkan. Sedangkan efisiensi adalah perbandingan terbaik antara input dan output, atau sering disebut ratio input dan output. Steers



dalam Sutrisno (2010 : 133), mengemukakan pendapat bahwa hal terbaik dalam meneliti efektivitas ialah memperhatikan secara serempak tiga buah konsep yang saling berkaitan, yaitu :

- a. Optimalisasi tujuan. Dengan rancangan optimalisasi tujuan-tujuan memungkinkan dikenalnya bermacam-macam tujuan, meskipun tampaknya saling bertentangan. Dalam kaitannya dengan optimalisasi tujuan efektivitas itu dinilai menurut ukuran seberapa jauh organisasi berhasil mencapai tujuan-tujuan yang layak dicapai yang satu sama lain saling berkaitan.
- b. Perspektif sistem. Menggunakan sistem terbuka maka perhatian lebih diarahkan pada persoalan-persoalan mengenai saling hubungan, struktur, dan saling ketergantungan satu sama lain. Dalam sistem ini mencakup 3 komponen utama yaitu input, output, dan proses. Sebagai sistem, suatu organisasi menerima input dari lingkungannya kemudian memprosesnya, dan kemudian memberikan output pada lingkungannya. Tanpa adanya input dari lingkungannya maka tidak akan ada output kepada lingkungannya dan otomatis maka suatu organisasi akan mati.
- c. Tekanan pada segi perilaku manusia dalam susunan organisasi. Perilaku manusia dalam organisasi digunakan karena atas dasar realitanya bahwa tiap-tiap organisasi dalam mencapai tujuannya selalu menggunakan perilaku manusia sebagai alatnya. Karena faktor manusia itulah suatu organisasi dapat efektif atau bisa menjadi tidak efektif.

Menurut Riant Nugroho (2012:107) pada dasarnya ada “lima tepat” yang perlu dipenuhi dalam hal keefektifan implementasi kebijakan, yaitu:

- a. Tepat Kebijakan.

Ketepatan kebijakan ini dinilai dari sejauh mana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal dapat memecahkan masalah yang hendak dipecahkan. Sisi kedua kebijakan adalah apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan sesuai dengan karakter masalah yang hendak dipecahkan. Sisi ketiga adalah, kebijakan tersebut dibuat oleh lembaga yang mempunyai

kewenangan (misi kelembagaan) yang sesuai dengan karakter kebijakannya.

b. Tepat Pelaksanaan.

Aktor implementasi kebijakan tidaklah hanya pemerintah saja. Ada tiga lembaga yang dapat menjadi pelaksana, yaitu pemerintah, kerjasama antara pemerintah pemerintah-masyarakat/swasta, atau implementasi kebijakan yang diswastakan. Kebijakan-kebijakan yang bersifat monopoli sebaiknya diselenggarakan oleh pemerintah. Kebijakan yang bersifat memberdayakan masyarakat sebaiknya diselenggarakan pemerintah bersama masyarakat. Kebijakan yang bertujuan mengarahkan kegiatan masyarakat sebaiknya diselenggarakan oleh masyarakat.

c. Tepat Target.

Ketepatan disini berkenaan dengan tiga hal. Pertama, target yang diintervensi sesuai dengan apa yang telah direncanakan, tidak ada tumpang tindih dengan intervensi lain, dan tidak bertentangan dengan dengan intervensi kebijakan lain. Kedua, target tersebut dalam kondisi siap untuk diintervensi atau tidak. Ketiga, intervensi implementasi kebijakan tersebut bersifat baru atau memperbaharui implementasi kebijakan sebelumnya.

d. Tepat Lingkungan.

Ada dua lingkungan yang paling menentukan, yaitu lingkungan kebijakan dan lingkungan eksternal kebijakan. Lingkungan kebijakan yaitu interaksi di antara lembaga perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan dengan lembaga lain yang terkait. Kemudian lingkungan eksternal kebijakan yang terdiri atas public opinion, yaitu persepsi publik akan kebijakan dan implementasi kebijakan; interpretive instution yang berkenaan dengan interpretasi lembaga-lembaga strategis dalam masyarakat, seperti media massa, kelompok penekan, kelompok kepentingan, dalam menginterpretasikan kebijakan dan implementasi kebijakan; individuals,

yakni individu-individu tertentu yang mampu memainkan peran penting dalam menginterpretasikan kebijakan dan implementasi kebijakan.

e. Tepat Proses.

Secara umum, implementasi kebijakan publik terdiri atas tiga proses, yaitu:

- 1) *Policy acceptance*. Di sini publik memahami kebijakan sebagai sebuah “aturan main” yang diperlukan untuk masa depan, di sisi lain pemerintah memahami kebijakan sebagai tugas yang harus dilaksanakan.
- 2) *Policy adoption*. Di sini publik menerima kebijakan sebagai sebuah “aturan main” yang diperlukan untuk masa depan, di sisi lain pemerintah menerima kebijakan sebagai tugas yang harus dilaksanakan.
- 3) *Strategic readiness*. Di sini publik siap melaksanakan atau menjadi bagian dari kebijakan, di sisi lain birokrat pelaksana siap menjadi pelaksana kebijakan.

2.4. Indikator Keberhasilan Program

Parasuraman, dkk (2010), diperoleh lima dimensi utama yaitu bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, jaminan, dan empati, yang dikenal sebagai Service Quality (ServQual) (Bustami, 2011):

- 1) Bukti fisik atau bukti langsung (tangible), dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan /staf yang menyenangkan.
- 2) Kehandalan (reliability), adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat), dan memuaskan.
- 3) Daya tanggap (responsiveness), yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap.



- 4) Jaminan (assurance), artinya karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari risiko dan keraguguan.
- 5) Empati (empathy), dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan

Sedangkan Fitzsimmons dan Fitzsimmons (2009) mutu pelayanan terdiri dari lima aspek yang mempengaruhi, yaitu:

- 1) *Reliability* yang ditandai pemberian pelayanan yang tepat dan benar
- 2) *Tangibles* yang ditandai dengan penyediaan yang menandai sumber daya manusia dan sumber daya lainnya
- 3) *Responsiveness* yang ditandai dengan keinginan melayani konsumen dengan cepat
- 4) *Assurance* yang ditandai tingkat perhatian terhadap etika dan moral dalam memberikan pelayanan
- 5) *Empaty* yang ditandai tingkat kemauan untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan masyarakat.

Sementara berdasarkan Keputusan Mensos RI No. 146/HUK/2013 tentang Kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu disebutkan 11 kriteria Sasaran Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional, yaitu:

- a) Aspek mata pencaharian/pendapatan, yakni tidak mempunyai sumber pencaharian dan/atau mempunyai mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar.
- b) Aspek jenis pengeluaran, yakni sebagian besar pengeluaran digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana.
- c) Aspek pemenuhan kebutuhan kesehatan, yakni tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah.

- d) Aspek pemenuhan kebutuhan sandang, yakni tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga.
- e) Aspek pemenuhan kebutuhan pendidikan, yakni mempunyai kemampuan menyekolahkan anaknya hanya sampai jenjang pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama.
- f) Aspek kondisi dinding rumah/tempat tinggal, yakni mempunyai dinding rumah terbuat dari social/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas kurang/berlumut atau tembok tidak diplester.
- g) Aspek kondisi lantai/tempat tinggal, yakni kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/ keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah.
- h) Aspek kondisi atap rumah/tempat tinggal, yakni atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak layak.
- i) Aspek kondisi penerangan rumah/tempat tinggal, yakni mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran.
- j) Aspek luas lantai rumah/tempat tinggal, yakni luas lantai rumah kecil kurang dari 8 m²/orang.
- k) Aspek sumber air minum, yakni mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindungi/air sungai/air hujan/lainnya.

Dalam konteks penelitian ini, kemiskinan dimaknai sebagai suatu kondisi ketidakberdayaan yang dialami oleh keluarga fakir miskin baik secara ekonomi, social, psikis, politis maupun budaya dalam mewujudkan suatu kehidupan yang layak secara kemanusiaan. Konsep kemiskinan dengan dimensi ekonomi, social, psikis, politis dan budaya ini diukur secara kuantitatif dan kualitatif dengan indikator layanan kesehatan sebagai berikut;

a. Indikator Kuantitatif Kemiskinan

Indikator kuantitatif kemiskinan yang dipakai mengacu pada indikator obyektif yang digunakan oleh BPS dan *World Bank*, yaitu berupa pengeluaran rata-rata oleh keluarga per hari untuk kepentingan konsumsi dan pemenuhan kebutuhan dasar lainnya setara 2100 kalori/orang/hari

atau ekuivalen dengan pendapatan penduduk sebesar 1,55 dolar AS per hari. Dengan kata lain, seseorang dikatakan miskin apabila ia tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran perkapita di bawah garis kemiskinan (Strauss, *et all*, 2004).

b. Indikator Kualitatif Kemiskinan

Di samping menggunakan social kuantitatif, untuk mengungkapkan fenomena kemiskinan, penelitian ini juga menggunakan social kualitatif. Indikator ini dikatakan kualitatif karena respon seseorang terhadap dimensi yang diukur dalam penelitian ini sangat subyektif dan kontekstual, sehingga perlu pendekatan yang lebih mendalam dalam penggalian data. Indikator kualitatif kemiskinan menurut Muttaqin (2006) mencakup:

- 1) Terbatasnya kebutuhan makanan yang layak secara kesehatan
- 2) Terbatasnya kebutuhan perumahan yang layak secara kesehatan
- 3) Terbatasnya kebutuhan sandang/pakaian yang layak
- 4) Terbatasnya akses pendidikan berkualitas
- 5) Terbatas akses pelayanan kesehatan yang berkualitas
- 6) Terbatasnya peluang mendapatkan pekerjaan yang layak secara kemanusiaan
- 7) Terbatasnya akses air bersih yang layak bagi kesehatan
- 8) Terbatasnya akses informasi
- 9) Terbatasnya akses transportasi
- 10) Terbatasnya akses social
- 11) Terbatasnya kesempatan berusaha dan kepemilikan sumber ekonomis strategis
- 12) Terbatasnya akses pelayanan pemerintahan
- 13) Terbatasnya tingkat partisipasi dalam pemerintahan dan pengambilan keputusan public.
- 14) Kurangnya rasa aman (takut, curiga, apatis)
- 15) Kurangnya rasa percaya diri
- 16) Terbatasnya kemampuan untuk memanfaatkan waktu luang

- 17) Terbatasnya kemampuan resolusi konflik dan masalah social (rentan goncangan yang sifatnya individual maupun masal)
- 18) Buruknya kualitas lingkungan, baik secara kesehatan maupun secara social
- 19) Rendahnya tingkat disiplin masyarakat
- 20) Rendahnya etos kerja (malas dan tidak suka bekerja keras)
- 21) Kurang suka menabung/ berinvestasi (budaya konsumtif/ gaya hidup *social35m*)
- 22) Kurang berorientasi ke masa depan
- 23) Sikap *nrimo* dan mudah menyerah pada nasib/ takdir
- 24) Sikap tergantung (dependen)

Dalam konteks penelitian ini, hal-hal yang ditanyakan terkait dengan indicator kualitatif kemiskinan meliputi:

1. Definisi/konsep pelayanan kesehatan menurut subyek penelitian/*stakeholder*
2. Indikator pelayanan kesehatan yang digunakan oleh Pemerintah Daerah (pemerintah social) untuk mengkategorikan penduduk sejahtera (sasaran program layanan kesehatan)
3. Gambaran kondisi inovasi layanan kesehatan di lokasi penelitian
4. Tingkat aksesibilitas keluarga sehat terhadap program layanan kesehatan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Objek Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada proses Disrupsi pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mangondow Utara.

3.2. Pendekatan penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian deskriptif dan verifikatif. Menurut Maholtra (2010:78) “Penelitian deskriptif adalah jenis penelitian konklusif yang mempunyai tujuan utama menggambarkan sesuatu apa adanya sesuai karakteristik objek”. Penelitian yang bersifat deskriptif ini bertujuan untuk mengetahui gambaran mengenai proses pembuatan kebijakan dan implementasi kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Bolaang Mangondow Utara dalam pembangunan kesehatan.

Sedangkan penelitian verifikatif atau penelitian kausalitas merupakan penelitian untuk menguji kebenaran kausal (*cause-and-effect*), yaitu hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Malhotra, 2010:85). Dalam hal ini melihat efektifitas dan dampak pembangunan kesehatan khususnya dalam penanggulangan inovasi, perubahan, kebijakan, dan pelayanan kesehatan.

3.3. Indikator Pengukuran Penelitian

Adapun indikator pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat :
 - a) Peningkatan pelayanan ibu dan bayi berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta melalui sistem rujukan terpadu dan berkesinambungan semenjak ANC;

- b) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal dan postnatal bagi ibu dan bayi baru lahir, termasuk imunisasi;
- c) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan;
- d) Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan dalam mendeteksi dini faktor risiko kematian;
- e) Penyediaan ambulans desa untuk mencegah tiga terlambat;
- f) Peningkatan penyediaan darah setiap saat dibutuhkan;
- g) Perbaikan pencatatan kematian ibu dan kematian bayi di fasyankes dan masyarakat melalui pengembangan PS2H (Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati);
- h) Penguatan dan pengembangan pelaksanaan MTBS;
- i) Perluasan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mencapai UCI (Universal Child Immunization) sampai level desa;
- j) Peningkatan cakupan ASI eksklusif;
- k) Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
- l) Peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi sampai tingkat desa;
- m) Peningkatan cakupan dan mutu intervensi spesifik mulai dari remaja, ibu hamil, bayi, dan anak balita;
- n) Penguatan kampanye nasional dan strategi komunikasi untuk perubahan perilaku sampai pada keluarga;
- o) Penguatan puskesmas dalam penanganan balita gizi buruk dan wasting;
- p) Penguatan sistem surveilans gizi;
- q) Pendampingan ibu hamil untuk menjamin asupan gizi yang berkualitas;
- r) Pendampingan baduta untuk mendapatkan ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, dan stimulasi perkembangan yang adekuat;

- s) Promosi pembudayaan hidup sehat, melalui edukasi literasi kesehatan;
 - t) Revitalisasi posyandu, posbindu, UKS, dan UKBM lainnya untuk edukasi kesehatan, skrining, dan deteksi dini kasus;
 - u) Mendorong pelabelan pangan, kampanye makan ikan, makan buah dan sayur, serta kampanye diet seimbang (isi piringku);
 - v) Meningkatkan metode/cara promosi kesehatan, melalui TV spot, leaflets, booklet, media sosial, dan sebagainya;
 - w) Pengembangan kawasan sehat antara lain kabupaten/kota sehat, pasar sehat, UKS dan lingkungan kerja sehat;
 - x) Melakukan aksi multisektoral untuk mendorong penyediaan ruang terbuka publik, aktivitas fisik (olah raga), stop smoking, penurunan polusi udara, dan peningkatan lingkungan sehat;
 - y) Mendorong regulasi pemerintah pusat dan daerah serta swasta untuk menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan /Health in All Policy (HiAP).
2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan. Dilaksanakan melalui strategi:
- a) Peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan (FKTP dan FKRTL) yang difokuskan pada daerah yang akses secara fisik masih terkendala (DTPK), di mana untuk wilayah perkotaan lebih didorong peran swasta;
 - b) Pengembangan dan pelaksanaan rencana induk nasional penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c) Penyempurnaan standar pelayanan kesehatan;
 - d) Pemanfaatan inovasi teknologi dalam pelayanan kesehatan termasuk laboratorium kesehatan meliputi perluasan sistem rujukan online termasuk integrasi fasilitas kesehatan swasta dalam sistem rujukan, sistem rujukan khusus untuk daerah dengan karakteristik geografis tertentu (kepulauan dan pegunungan);

- e) Perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan telemedicine, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online; perluasan pelayanan kesehatan bergerak (flying health care) dan gugus pulau;
 - f) Penguatan Health Technology Assessment (HTA), dewan pertimbangan klinis, dan tim kendali mutu dan kendali biaya, pengembangan dan penerapan clinical pathway;
 - g) Penguatan kemampuan RS Khusus;
 - h) Penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem, melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan sistem koordinasi jejaring dan jaringan puskesmas, penguatan promotif, preventif dan penemuan dini kasus melalui penguatan UKBM, praktek mandiri, klinik pratama, penguatan aksi multisektoral melalui pelibatan seluruh stakeholder, dan penguatan konsep wilayah kerja;
 - i) Penguatan kepemimpinan dan manajemen di dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas dalam rangka penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem;
 - j) Perbaikan pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengendalian Bahan Berbahaya dan Beraacun (B3).
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dilakukan melalui strategi:
- a) Perluasan cakupan deteksi dini PM dan PTM, termasuk pencapaian cakupan SPM Bidang Kesehatan;
 - b) Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis;
 - c) Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
 - d) Penguatan sanitasi total berbasis masyarakat;
 - e) Peningkatan akses air bersih dan perilaku higienis;



- f) Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat;
 - g) Peningkatan advokasi dan komunikasi;
 - h) Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko;
 - i) Penguatan sistem laboratorium nasional, termasuk laboratorium kesehatan masyarakat untuk penguatan surveilans;
 - j) Penguatan reporting dan real time surveillance untuk penyakit berpotensi wabah dan penyakit baru muncul (new emerging diseases);
 - k) Membangun sistem kewaspadaan dini;
 - l) Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat;
 - m) Peningkatan kemampuan daerah termasuk SDM.
4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan Meningkatkan akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan dilakukan melalui strategi:
- a) Memastikan ketersediaan obat esensial dan vaksin di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di puskesmas, dengan melakukan pembinaan pengelolaan obat dan vaksin sesuai standar di instalasi farmasi provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas;
 - b) Menerapkan sistem data dan informasi pengelolaan logistik obat secara terintegrasi antara sarana produksi, distribusi, dan pelayanan kesehatan;
 - c) Penguatan regulasi sistem pengawasan pre dan post market alat kesehatan, melalui penilaian produk sebelum beredar, sampling dan pengujian, inspeksi sarana produksi dan distribusi termasuk pengawasan barang impor Border dan Post Border, dan penegakan hukum;
 - d) Meningkatkan daya saing dan kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, melalui penciptaan iklim ramah investasi, optimalisasi hubungan kerjasama luar negeri, membangun sinergi

- Academic-Business-Government Community-Innovator (A-B-G-C-I), hilirisasi, serta fasilitasi pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan ke arah biopharmaceutical, vaksin, natural, Active Pharmaceutical Ingredients (API) kimia dan industri alat kesehatan teknologi tinggi;
- e) Mendorong tersedianya vaksin halal melalui penyusunan roadmap vaksin halal;
 - f) Mendorong produksi alat kesehatan dalam negeri dengan mengutamakan pemanfaatan komponen lokal serta penggunaan alat kesehatan dalam negeri melalui promosi, advokasi, dan pengawasan implementasi regulasi;
 - g) Menjalankan program promotif preventif melalui pemberdayaan masyarakat, terutama untuk meningkatkan penggunaan obat rasional dan alat kesehatan tepat guna di masyarakat serta pemanfaatan kearifan lokal melalui Gerakan Bugar dengan Jamu dan pemanfaatan Obat Modern Asli Indonesia (OMAI).
5. Meningkatkan pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar dilakukan melalui strategi:
- a) Pemenuhan tenaga kesehatan di puskesmas sesuai standar;
 - b) Pemenuhan tenaga dokter spesialis di rumah sakit sesuai standar;
 - c) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait program prioritas nasional (penurunan kematian maternal, kematian bayi, stunting, pengendalian penyakit);
 - d) Afirmasi pendidikan tenaga kesehatan strategis untuk wilayah DTPK;
 - e) Pembuatan skema penempatan tenaga kesehatan untuk pemenuhan standar jumlah nakes dengan pendekatan insentif yang memadai dan perbaikan regulasi;
 - f) Meningkatkan kapasitas tenaga kader kesehatan di UKBM (posyandu, posbindu) dan memberikan reward yang memadai sesuai kinerja yang ditetapkan.

6. Terjaminnya pembiayaan kesehatan Meningkatkan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui strategi:
 - a) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari komponen APBN, khususnya terkait Upaya Kesehatan Masyarakat;
 - b) Pemenuhan pembiayaan kesehatan untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN;
 - c) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari APBD minimal 10% dari APBD;
 - d) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan oleh swasta.
7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih Meningkatkan sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih dilakukan melalui strategi:
 - a) Pengembangan kebijakan untuk penguatan kapasitas pemerintah provinsi dan kabupaten/kota;
 - b) Pendampingan perbaikan tata kelola pada daerah yang memiliki masalah kesehatan untuk pencapaian target nasional dan mendorong pemenuhan SPM Bidang Kesehatan;
 - c) Integrasi, interoperabilitas, sinkronisasi dan simplifikasi sistem informasi kesehatan pusat dan daerah termasuk penerapan sistem single entry
 - d) Penguatan manajemen kesehatan di kabupaten/kota dalam kerangka otonomi pembangunan kesehatan;
 - e) Mendorong sinergisme perencanaan pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;
 - f) Mendorong penerapan revolusi mental dan reformasi birokrasi; g) Mendorong efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran pemerintah;
 - g) Meningkatkan pendekatan manajemen berbasis kinerja;

- h) Meningkatkan jumlah unit yang masuk dalam kategori WBK dan WBBM.
8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan. Meningkatkan efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan untuk pengambilan keputusan dilakukan melalui strategi:
- Melaksanakan penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan sesuai dengan RPJMN Bidang Kesehatan dan Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024;
 - Menguatkan jejaring penelitian kesehatan dan jejaring laboratorium guna memperkuat sistem penelitian kesehatan nasional ;
 - Meningkatkan riset untuk penguatan data rutin baik di fasilitas kesehatan dan masyarakat;
 - Meningkatkan diseminasi dan advokasi hasil penelitian untuk mendorong pemanfaatan hasil penelitian untuk perbaikan kebijakan dan program kesehatan;
 - Mengembangkan dashboard sistem informasi pembangunan kesehatan yang real time;
 - Meningkatkan integrasi, interoperabilitas dan pemanfaatan data hasil penelitian dan data rutin;
 - Mengembangkan poros kebijakan guna peningkatan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk perumusan dan perbaikan kebijakan kesehatan.

Berdasarkan indikator tersebut akan dilakukan kajian tentang :

- Proses pembuatan kebijakan berupa perencanaan dan pengalokasian anggaran:
 - Kesesuaian Manajemen pelayanan kesehatan Rumah sakit dan Puskesmas, terdiri atas analisis:

- 1) Mengakomodir kebutuhan dari para pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan;
 - 2) Melibatkan elemen masyarakat dan telah menjawab kebutuhan masyarakat secara tepat untuk keluar dari kemiskinan; dan
 - 3) Pendekatan alokasi anggaran kebijakan, apakah telah dibuat sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau skala prioritas menurut Pemerintah Kabupaten Bolaang Mngondow meningkatkan layanan kesehatan bagi masyarakat.
- b. Ketepatan kebijakan inovasi layanan kesehatan bagi masyarakat, yang meliputi analisis:
- 1) Kebijakan program layanan kesehatan telah direncanakan secara tepat lokasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat dalam mengurangi kemiskinan dan kematian. Apakah Pemerintah Kabupaten Bolaang Mangondow Utara telah menyediakan fasilitas kesehatandan pendidikan di lokasi yang belum memiliki atau kesulitan mengakses layanan tersebut, dst.
 - 2) Kebijakan layanan kesehatan yang telah direncanakan secara tepat jenisnya, sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh masyarakat penerima manfaat dalam mengurangi kemiskinan.
2. Inovasi dan dampak perubahan kebijakan pelayanan kesehatan, yaitu menilai apakah terdapat deviasi pada saat pelaksanaan dibandingkan dengan perencanaan program dan kegiatan pelayanan kesehatan khususnya terkait layanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah.
3. Dampak perubahan atas kebijakan strategi layanan kesehatan, meliputi :
- a. Evaluasi Semu, yaitu pendekatan dengan memanfaatkan data sekunder tanpa melibatkan penerima manfaat secara langsung.
 - b. Evaluasi Formal. yaitu pendekatan dengan membandingkan pencapaian tujuan dan target formal pada saat perencanaan dengan pencapaian tujuan dan target formal setelah pelaksanaan kebijakan.

c. Evaluasi indikator kriteria meliputi Efektifitas (*Efectiveness*), Pemerataan (*Equity*), Responsivitas (*Responsiveness*), Ketepatan panganan (*Appropriateness*), Manfaat Tambahan (*Marginal Rate of return*).

3.4. Sumber dan Cara Pengumpulan data

Untuk kepentingan penelitian ini, sumber dan cara pengumpulan data perlu di kelompokkan ke dalam dua golongan yaitu:

3.4.1. Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Data Primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari wawancara maupun penyebaran kuesioner kepada responden meliputi pengambil kebijakan ditingkat provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa serta masyarakat.
- 2) Data sekunder adalah data yang sudah tersedia sebelumnya berupa dokumen-dokumen, laporan-laporan, buku-buku, artikel, dan tulisan ilmiah.

3.4.2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan suatu cara yang di gunakan penulis dalam penelitian ini. Adapun teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara mendalam dilakukan oleh penulis untuk mendapatkan data berupa keterangan-keterangan dan informasi dimana yang menjadi sasaran interview adalah para pemangku kebijakan ditingkat Kabupaten, kecamatan dan desa serta masyarakat.
2. Kuesioner, di lakukan dengan menyebarkan seperangkat daftar pernyataan tertulis kepada responden secara online dan Offline.
3. Dokumentasi, yaitu pengumpulan data-data serta laporan, dokumen, website, dan publikasi Badan Pusat Statistik, Dinas Kesehatan,

Pemerintah Kabupaten serta sumber lain yang terkait dengan penelitian ini.

3.5. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat di Kabupaten Bolaang Mngondow Utara sebanyak 83.112 jiwa yang tersebar di beberapa kabupaten dan kota. Dalam penelitian ini tidak memungkinkan semua populasi dapat penulis teliti, hal ini disebabkan beberapa faktor, diantaranya: 1) Keterbatasan biaya, 2) Keterbatasan tenaga, dan 3) Keterbatasan waktu yang tersedia. Oleh karena itu diperkenankan mengambil sebagian dari objek populasi yang ditentukan, dengan catatan bagian yang diambil tersebut mewakili yang lain yang tidak diteliti.

Adapun responden dan informan yang dijadikan sumber informasi adalah :

1. Pemerintah Kabupaten Bolaang Mangondow Utara. (Bupati Kepala Daerah 1)
2. DPRD Kabupaten Bolaang Mangondow Utara (Komisi yang menangani bidang kesehatan 6 orang)
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mangondow Utara. (Kepala dinas 1 orang)
4. Kepala Rumah Sakit se Kabupaten Bolaang Mangondow Utara. (Rumah sakit umum 1, Poliklinik 1)
5. Kepala Puskesmas se Kabupaten Bolaang Mangondow Utara. (Puskesmas 12 unit dan puskesmas pembantu 24 unit)
6. Tokoh Masyarakat Kabupaten Bolaang Mangondow Utara (6 tokoh masyarakat)
7. Kepala Kecamatan Kabupaten Bolaang Mangondow Utara (6 Kecamatan)
8. Kepala desa Kabupaten Bolaang Mangondow Utara (107 desa)
9. Masyarakat Kabupaten Bolaang Mangondow Utara (107 masyarakat desa)



Berdasarkan data responden tersebut, maka responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 272 orang. Untuk mendapatkan gambaran proses pembuatan kebijakan serta implementasi kebijakan kesehatan maka dilakukan wawancara mendalam terhadap informan yang terkait dengan proses pembuatan kebijakan dan implementasi di tingkat Kabupaten, kecamatan, desa serta masyarakat.

3.6. Metode Analisis.

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif menurut Moleong (2015:6) adalah penelitian untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain. Pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah menggunakan cara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa.

Metode kualitatif digunakan untuk mengkaji lebih jauh terkait kebijakan dan implementasi pelaksanaan kebijakan pembangunan kesehatan dengan melakukan Wawancara atau Focus Group Discussion (FGD). Adapun prosedur dalam penelitian kualitatif seperti yang dikemukakan oleh Miles, Huberman, dan Saldana, (2014) memaparkan prosedur analisis data diantaranya pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan menarik kesimpulan.

Metode kuantitatif digunakan untuk menjelaskan, mengevaluasi serta menverifikasi dampak pembangunan kesehatan di kabupaten Bolaang Mongondow Utara. Metode kuantitatif menggunakan berbagai rumus statistik, seperti statistik deskriptif dan statistik inferensial. Pada Statistik deskriptif menggambarkan keadaan data apa adanya melalui parameter-parameter seperti mean, median, modus, distribusi frekwensi, varians, dan ukuran statistik lainnya. Sedangkan statistik inferensial digunakan dalam pengambilan kesimpulan-kesimpulan berdasarkan data sampel yang lebih



sedikit menjadi kesimpulan yang lebih umum dalam populasi. Statistik inferensial digunakan untuk memprediksi, alat yang digunakan statistik inferensial seperti T-test, Anova, Anacova, analisis regresi, analisis jalur, Structural equation modelling (SEM) dan metode lain tergantung tujuan penelitian. Dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi berganda.

Analisis regresi pada dasarnya adalah studi ketergantungan variabel dependen dengan satu atau lebih variabel independen (variabel bebas), dengan tujuan untuk mengestimasi dan/atau memprediksi rata-rata populasi atau nilai rata-rata variabel dependen berdasarkan nilai variabel independen yang diketahui (Gujarati dan Porter, 2010). Rumus regresi berganda untuk melihat bagaimana pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen sebagai berikut:

$$Y = \beta_0 + \beta_1X_1 + \dots + \beta_3X_3 + \varepsilon \dots \dots \dots (3.1)$$

Keterangan:

- Y = Variabel Independen
- X1, X2, X3 = Variabel Dependen
- 0 = Intersep
- β 1-2 = Koefisien regresi
- ε = Error term

Untuk menguji apakah model regresi tersebut layak (valid), maka digunakan uji – F (F-test) sedangkan untuk menguji validasi pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terkait, maka digunakan uji t (t-tes).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Kabupaten Bolaang Mangondow Utara

4.1.1 Profil Kesehatan Kabupaten Bolaang Mangondow Utara

Kabupaten Bolaang Mangondow Utara terbentuk dengan di keluarkan Undang-Undang No 10 Tahun 2007 Tentang Pembentukan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Di Propinsi Sulawesi Utara. Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dibentuk sebagai daerah otonom baru pada tanggal 2 Januari 2007, hasil pemekaran Kabupaten Bolaang Mongondow Provinsi Sulawesi Utara. Berdasarkan posisi geografisnya, letak astronomi Kabupaten Bolaang Mongondow Utara memiliki batas-batas: sebelah utara berbatasan dengan Laut Sulawesi; sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Posigadan, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan; sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Gorontalo Utara Provinsi Gorontalo; sedangkan sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sangtom Bolang, Kabupaten Bolaang Mongondow.

Tabel 1 Luas Wilayah, Desa/Kelurahan, Penduduk, Rumah Tangga, Kepadatan Penduduk Kabupaten Bolaang Mangondow Utara tahun 2020

No	Kecamatan	Luas Wilayah (Km^2)	Jumlah Desa / Kelurahan	Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Rata-Rata Jiwa/Rumah Tangga	Kepadatan Penduduk per km^2
1	Pinogaluman	115.59	22	11.646	3.739	3.1	100.8
2	Kaidipang	85.09	15	14.714	4.359	3.4	172.9
3	Bolangitang Barat	293.75	18	16.038	4.033	4.0	54.6
4	Bolangitang Timur	445,65	20	15.027	4.298	3.5	33.7
5	Bintauna	348,94	16	14.858	4.480	3.3	42.6
6	Sangkub	567,85	16	10.829	2.973	3.6	19.1
Kabupaten/Kota		1.856.9	107	83.112	23.882	3.5	44.8

Sumber : bps.go.id, 2021

Kabupaten Bolaang Mangondow Utara memiliki luas 1.856,9 km^2 , dengan jumlah kecamatan sebanyak 6 yaitu Kecamatan Pinogaluman

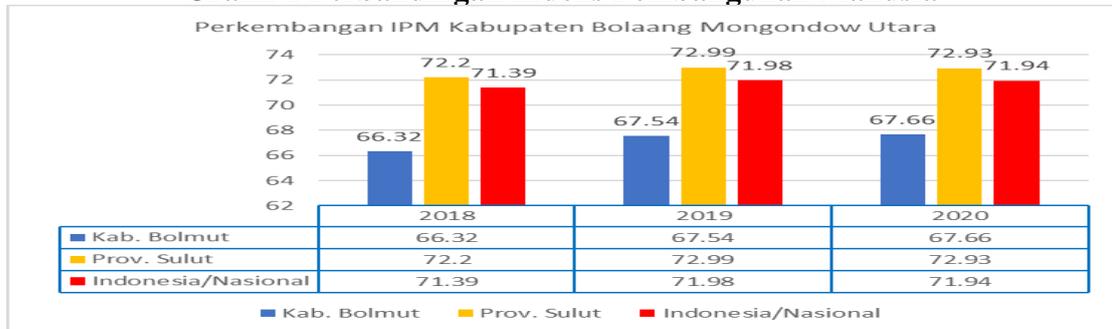


dengan luas wilayah 115.59 km², memiliki sebanyak 22 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 11,646 jiwa yang terdiri dari 3,739 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 3.1 dengan kepadatan penduduk per km² sebesar 100,8. Kecamatan Kaidipang dengan luas 85.09 km², memiliki sebanyak 15 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 14.714 jiwa yang terdiri dari 4,359 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 3.4 dengan kepadatan penduduk per km² sebesar 172,9. Kecamatan Bolangitang Barat dengan luas wilayah 293,75 km², memiliki sebanyak 18 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 16.038 jiwa yang terdiri dari 4.033 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 4.0 dengan kepadatan penduduk per km² sebesar 54,6. Kecamatan Bolangitang Timur dengan luas wilayah 445,65 km², memiliki sebanyak 20 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 15.027 jiwa yang terdiri dari 4.298 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 3,5 dengan kepadatan penduduk per km² sebesar 33,7. Kecamatan Bintauna dengan luas wilayah 348,94 km², memiliki sebanyak 16 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 14.858 jiwa terdiri dari 4.480 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 3,3, kepadatan penduduk per km² sebesar 42,6. Kecamatan Sangkub dengan luas wilayah 567,65 km², memiliki sebanyak 16 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 10.829 jiwa yang terdiri dari 2,973 rumah tangga, rata-rata jiwa/rumah tangga sebesar 3,6 dengan kepadatan penduduk per km² sebesar 19,1.

Penduduk merupakan modal dasar dalam pembangunan maka perlu ukuran capaian dalam pengembangannya. Pencapaian pembangunan manusia diukur dengan memperhatikan tiga aspek esensial yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, dan standar hidup layak. IPM merupakan indikator yang digunakan untuk melihat perkembangan pembangunan dalam jangka panjang. Pertumbuhan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2020 mengalami perlambatan dibanding tahun

sebelumnya. IPM Indonesia tahun 2020 sebesar 71,94 persen atau tumbuh 0,03 % dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

Grafik 1 Perbandingan Indeks Pembangunan Manusia



Sumber : bps.go.id, 2021

Tabel 2 Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten/Kota di Sulawesi Utara

No	Kabupaten/Kota	2016	2017	2018	2019	2020
1	Bolaang Mangondow	64,73	66,08	66.91	67.82	67.89
2	Minahasa	74,37	74,59	74.97	75.47	75.29
3	Kepulauan Sangihe	68,52	69,14	69.67	70.53	70.73
4	Kepulauan Talaud	67,58	67,74	68.32	68.97	69.40
5	Minahasa Selatan	69,97	70,05	70.86	71.68	72.11
6	Minahasa Utara	71,49	72,20	73.05	73.95	73.90
7	Bolaang Mangondow Utara	65,16	65,60	66.32	66.91	66.99
8	Siau Tagulandang Biaro	65,66	66,03	66.75	67.48	67.64
9	Minahasa Tenggara	68,42	68,91	69.66	70.47	70.51
10	Bolaang Mangondow Selatan	63,92	64,05	64.49	65.28	65.00
11	Bolaang Mangondow Timur	64,44	64,73	65.21	68.08	65.99
12	Manado	77,59	78,05	78.41	79.12	78.93
13	Bitung	72,43	72,94	73.27	74.20	74.10
14	Tomohon	74,91	75,34	75.78	76.67	76.69
15	Kota Mobagu	72,68	72,00	72.55	73.22	72.97
	Sulawesi Utara	71,05	71,66	72.20	72.99	72.93

Sumber : bps.go.id, 2021

Kabupaten Bolaang Mangondow Utara memiliki visi "Mewujudkan Bolaang Mongondow Utara yang berkelanjutan, Mandiri, Berbudaya, Dan Berdaya Saing" Dalam pencapaian visi tersebut, maka dirumuskan 4 (empat) misi yang akan dilaksanakan sebagai kata kunci keberhasilan, yaitu : Mewujudkan Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan Berbudaya;

Memantapkan tata kelola pemerintahan yang baik (Good and clean Government); Meningkatkan daya saing ekonomi berbasis pertanian, perikanan dan pariwisata; Memantapkan pemerataan pembangunan infrastruktur wilayah yang handal.

Mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan Berbudaya merupakan misi pertama yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten Bolaang Mangondow Utara yang memiliki 4 sasaran. Salah satu sasaran yang menjadi perhatian adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Visi dan misi serta Sasaran tersebut sejalan dengan visi Presiden 2020-2024, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan guna menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai pondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal manusia (*human capital*).

Sasaran strategis kedua merupakan salah satu upaya pencapaian Misi pertama yang ditetapkan dalam RPJMD 2018-2023, yaitu “*Mewujudkan Sumber Daya Manusia yang Berkualitas dan Berbudaya*” dan Tujuan “*Meningkatnya Kualitas Sumber Daya Manusia*”. Pengukuran pencapaian sasaran dua berdasarkan pada data BPS tahun 2021 yang didukung oleh Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Perangkat Daerah utama. Capaian angka harapan hidup (AHH) kabupaten Bolaang Mangondow Utara dalam beberapa tahun sebagai berikut:



Grafik 2 Perbandingan Angka Harapan Hidup (AHH) Kabupaten. Bolaang Mangondow Utara, Provinsi Sulawesi Utara dan Indonesia



Sumber: bps.go.id, 2021

Angka Harapan Hidup (AHH), adalah salah satu komponen pembentuk IPM dari dimensi kesehatan. Pada tahun 2020, AHH Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tercatat 67,66 tahun meningkat 0,66 tahun jika dibandingkan tahun sebelumnya. Walaupun Angka Harapan Hidup Kabupaten Bolaang Mongondow Utara masih dibawah angka provinsi dan nasional namun selalu menunjukkan tren meningkat setiap tahunnya, artinya kualitas kesehatan penduduk terus membaik.

Pencapaian tersebut di dukung oleh berbagai hal seperti program pemerintah yang di laksanakan, adanya fasilitas layanan kesehatan yang tersedia diantaranya rumahsakit, Puskesmas yang sudah tersebar di seluruh kecamatan, puskesmas pembantu, posyandu, dan polindes. Fasilitas kesehatan yang terbanyak adalah posyandu, sebagai fasilitas pelayanan terdekat dengan masyarakat, serta ditunjang dengan tenaga kesehatan, tenaga keperawatan merupakan tenaga yang terus menjadi prioritas dalam formasi rekrutmen penerimaan CPNS beberapa tahun terakhir.

1. Sarana dan Prasarana Kesehatan

Rumah Sakit adalah Institusi Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara terdapat 1 Rumah Sakit Umum Daerah. Selain rumah sakit Kabupaten Bolaang Mongodow Utara memiliki Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sampai dengan tahun 2020 sebanyak 12 (Dua Belas) Buah dengan perincian 6 Puskesmas Inap (Puskesmas Buko, Puskesmas Boroko, Puskesmas Bolangitang Barat, Puskesmas Bohabak, Puskesmas Bintauna, dan Puskesmas Sangkub) dan 6 Puskesmas Rawat Jalan (Puskesmas Tuntung, Puskesmas Ollot, Puskesmas Mokoditek, Puskesmas Biontong, Puskesmas Bintauna Pantai dan Puskesmas Sangtombolang). Ditinjau dari segi kepemilikan/pengelola Sarana Pelayanan Kesehatan yang terdapat di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara pada Tahun 2020 yaitu 21 buah. Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* (berada di tempat) 24 jam dengan kualifikasi *GELS* dan/atau *ATLS + ACLS*, serta memiliki transport dan komunikasi.

Selanjutnya kabupaten Bolaang mangondow memiliki Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita yaitu Posyandu. Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, ditandai oleh kegiatan posyandu belum terlaksana secara rutin setiap bulan dan jumlah kader kurang dari 5 orang. Untuk Kabupaten Bolaang Mongondow Utara belum terdapat Posyandu Pratama, Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8



kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50 %. Posyandu Madya yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara ada 75 Posyandu yang tersebar di seluruh Puskesmas yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara. Posyandu Purnama adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50 %, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya masih kurang dari 50 % KK di wilayah kerja Posyandu. Posyandu Purnama yang terdapat di Kabupaten Bolaang mongondow Utara berjumlah 36 posyandu. Serta Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 12 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50 %, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya lebih dari 50 % KK di wilayah kerja posyandu. Posyandu Mandiri yang terdapat di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara berjumlah 0 Posyandu.

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) diantaranya adalah Poskesdes, Polindes, Posbindu, Posmaldes dan Pos TB Desa. Jumlah Poskesdes sebanyak 35, Polindes sebanyak 3, Posbindu sebanyak 109.

Tabel 3 Sarana Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara

No	Kecamatan	Rumah Sakit	Poliklinik	Klinik	Posyandu	Puskesmas	Pustu	Apotek
1	Pinogaluman	0	0	0	22	2	2	1
2	Kaidipang	0	1	1	18	1	5	3
3	Bolangitang Barat	1	0		20	2	8	3
4	Bolangitang Timur	0	0	0	20	3	5	0
5	Bintauna	0	0	1	16	2	1	2
6	Sangkub	0	0	1	16	2	3	0
Bolaang Mongondow Utara		1	1	3	112	12	24	9

Sumber: bps.go.id, 2021.

2. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan aktor vital dalam peningkatan kesehatan masyarakat seperti dokter, bidan, perawat, tenaga farmasi, gizi, tenaga kesehatan masyarakat, tehnisi medis dan fisioterapi. Jumlah dokter umum di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2020 berjumlah 38 orang dan dokter gigi berjumlah 3 orang. Jumlah bidan yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2020 adalah 137 orang dengan rasio 164,8 per penduduk. Jumlah Perawat yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2020 adalah 268 orang dengan rasio 322,5 per penduduk. Jumlah tenaga kefarmasian di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2020 sejumlah 23 orang dengan rasio 27,7 per penduduk. Jumlah Tenaga Gizi yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2020 yaitu 29 orang dengan rasio 34,9 per penduduk. Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat yang ada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tahun 2018 berjumlah 43 orang dengan rasio 54,2 per penduduk. Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapis di Sarana Kesehatan, yang termasuk dalam tenaga keterampilan fisik meliputi : fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupuntur. Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tidak ada tenaga medis dan fisioterapi.

Tabel 4 Tenaga Kesehatan Kabupaten Bolaang Mangondow Utara

No	Kecamatan	Dokter Spesialis	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Farmasi	Gizi
1	Pinogaluman	0	3	1	41	28	6	4
2	Kaidipang	0	7	1	27	14	2	2
3	Bolangitang Barat	3	13	1	26	32	5	4
4	Bolangitang Timur	0	4	0	39	25	7	10
5	Bintauna	0	7	1	30	22	4	2
6	Sangkub	0	4	1	33	16	3	5
Bolaang Mangondow Utara		3	38	5	196	137	27	27

Sumber: bps.go.id, 2021

3. Program-program Kesehatan

Pada tahun 2020 total Anggaran Kesehatan Rp. 170.750.188.275.970,00 untuk Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Untuk alokasi Anggaran Kesehatan dari APBD Rp. 138.578.839.235.690,00 Sedangkan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Rp. 0. Dengan demikian Anggaran Kesehatan per Kapita untuk Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Rp 170.717.984.722.377,00. Anggaran tersebut di alokasikan ke dalam berbagai program pemerintah tahun 2020 sebagai berikut:

1. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan
2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat
3. Program Pengawasan Obat dan Makanan
4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
5. Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
6. Program Pengembangan Lingkungan Sehat.
7. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
8. Program pelayanan kesehatan penduduk miskin
9. Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/ puskemas pembantu dan jaringannya.
10. Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan
11. Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita

12. Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia.
13. Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak
14. Program penanggulangan penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa.
15. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan.
16. Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/
rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru / rumah sakit mata.
17. Program pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit
jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata

4. Aturan dan Regulasi/Peraturan daerah tentang kesehatan

Untuk menunjang peningkatan kesehatan masyarakat maka perlu adanya aturan dan regulasi yang di buat dalam imflementasinya. Pemerintah Kabupaten Bolaang Mangondow Utara telah membuat berbagai regulasi berupa peraturan Daerah, keputusan Bupati, Edaran Bupati, Peraturan Bupati, Rancangan Perda serta naskah akademik terkait kesehatan yang berjumlah 46 item yang dapat di jelaskan sebagai berikut:

1. **Keputusan Bupati No. 6 Tahun 2021** Alokasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Dikabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun Anggaran 2021
2. **Keputusan Bupati No. 4 Tahun 2021** Penetapan Bendahara Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun Anggaran 2021.
3. **Surat Edaran Bupati No. 1153 Tahun 2021** Antisipasi Peningkatan Kasus COVID-19 di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
4. **Keputusan Bupati No. 26 Tahun 2021** Pembentukan Satuan Tugas Penanganan Corona Virus Disease 2019 Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.



5. **Peraturan Bupati No. 23 Tahun 2021** Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah.
6. **Keputusan Bupati No. 241 Tahun 2021** Pembentukan Kelompok Kerja Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
7. **Surat Edaran Bupati No. 567 Tahun 2020** Pembatasan Bepergian Ke Luar Daerah Bagi Aparatur Sipil Negara dalam Masa WFH
8. **Keputusan Bupati No. 105 Tahun 2020** Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease (COVID-19) Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
9. **Keputusan Bupati No. 106 Tahun 2020** Pembentukan Gugus Tugas Tim Kaji Cepat Penanganan Corona Virus Disease 2019
10. **Peraturan Bupati No. 13 Tahun 2020** Pedoman Pemberian Hibah/Bantuan Sosial untuk Penanganan Dampak Kebijakan Pembatasan Sosial di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
11. **Surat Edaran Bupati No. 849 Tahun 2020** Pedoman Tatanan Normal Baru Produktif dan Aman Corona Virus Disease (Covid-19) dan Sistem Kerja Dalam Tatanan Normal Baru Bagi Aparatur Sipil Negara di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
12. **Surat Edaran Bupati No. 440 Tahun 2020** Kewaspadaan dan Respon Terhadap Penularan Covid-19.
13. **Keputusan Bupati No. 57 Tahun 2020** Penetapan Status Keadaan Darurat Bencana Banjir dan Longsor di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
14. **Surat Edaran Bupati No. 652 Tahun 2020** Perubahan Kedua Atas Surat Edaran Bupati Bolaang Mongondow Utara Nomor 800/500/SETDAKAB.BKPP tentang Penyesuaian Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara Dalam Upaya Pencegahan Penyebaran Corona Virus

Disease (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

15. **Rancangan Perda No. Tahun 2020** Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana Daerah
16. **Keputusan Bupati No. 188 Tahun 2020** Perubahan Atas Keputusan Bupati Bolaang Mongondow Utara Nomor 17 Tahun 2020 Tentang Penetapan Dan Pemberian Honorarium Bagi Dokter Umum Dan Dokter Gigi Pegawai Tidak Tetap Pada Pusat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
17. **Keputusan Bupati No. 79 Tahun 2020** Penetapan Puskesmas Rawat Inap dan Nonrawat Inap Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
18. **Surat Edaran Bupati No. 744 Tahun 2020** Perubahan Ketiga Atas Surat Edaran Bupati Bolaang Mongondow Utara Nomor 800/500/SETDAKAB.BKPP tentang Penyesuaian Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara Dalam Upaya Pencegahan Penyebaran Corona Virus Disease (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
19. **Keputusan Bupati No. 22 Tahun 2020** Alokasi Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
20. **Keputusan Bupati No. 70 Tahun 2020** Pembentukan Satuan Tugas Kesiapsiagaan dan Kewaspadaan Terhadap Upaya pencegahan dan Pengendalian Penularan Corona Virus Disease.
21. **Keputusan Bupati No. 69 Tahun 2020** Penetapan Status Siaga Darurat Penanganan Bencana Wabah Penyakit Corona Virus Disease 2019 Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
22. **Rancangan Perda No. Tahun 2020** Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak.



23. **Keputusan Bupati No. 148 Tahun 2020** Pembentukan dan Pemberian Insentif Bagi Tim Pemulasaran dan Petugas pemakaman Jenazah Korban Corona Virus Disease 2019
24. **Keputusan Bupati No. 71 Tahun 2020** Pemberian Insentif Bagi Petugas Kesehatan dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019.
25. **Keputusan Bupati No. 372 Tahun 2020** Honorarium Bagi Tenaga Ahli Pendampingan Penyusunan Peraturan Bupati tentang Pedoman Penerapan Disiplin dan Penegakan Hukum Protokol Kesehatan Sebagai Upaya Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019
26. **Keputusan Bupati No. 301 Tahun 2020** Penetapan Penyelenggara Kegiatan dan Pemberian Honorarium bagi Narasumber Serta Uang Pengganti Transpor Peserta Kegiatan Peningkatan Kapasitas dalam rangka Pengelolaan Limbah Medis bagi Petugas Puskesmas, Rumah Sakit, dan Fasilitas Kesehatan Lainnya Tingkat Kabupaten Tahun 2020
27. **Keputusan Bupati No. 361 Tahun 2019** Honorarium Bagi Narasumber Kegiatan Pertemuan Peningkatan Kapasitas Petugas Imunisasi Rumah Sakit Dan Puskesmas Se Kabupaten Bolaang Mongondow Utara 2019
28. **Keputusan Bupati No. 188 Tahun 2019** Honorarium Bagi Narasumber Kegiatan Orientasi Komunikasi, Informasi Dan Edukasi Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin Tahun 2019.
29. **Peraturan Bupati No. 25 Tahun 2019** Perubahan Atas Peraturan Bupati Bolaang Mongondow Utara Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pembentukan Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Pusat Kesehatan Masyarakat.
30. **Peraturan Bupati No. 11 Tahun 2019** Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 4 Tahun 2013 Tentang Pembagian Jasa Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
31. **Peraturan Bupati No. 5 Tahun 2019** Pedoman Penggunaan Dana Non Kapitasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama



32. **Naskah Akademik No. Tahun 2019** Penanggulangan Bencana
33. **Peraturan Bupati No. 32 Tahun 2018** Tata Cara Pengelolaan Bantuan Dana Penanggulangan Bencana.
34. **Peraturan Bupati No. 27 Tahun 2018** Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
35. **Keputusan Bupati No. 358 Tahun 2018** Honorarium Bagi Juri Kegiatan Lomba Posyandu Serta Perilaku Bersih Dan Sehat Tingkat Kabupaten Tahun 2018.
36. **Rancangan Perda No. Tahun 2018** Kabupaten Layak Anak
37. **Peraturan Bupati No. 14 Tahun 2017** Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Pusat Kesehatan Masyarakat.
38. **Peraturan Bupati No. 29 Tahun 2017** Pemanfaatan Jasa Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.
39. **Peraturan Bupati No. 22 Tahun 2017** Peran Lintas Sektor Dalam Mitigasi Bencana Melalui Metode Lihuta.
40. **Peraturan Bupati No. 13 Tahun 2017** Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D
41. **Peraturan Bupati No. 20 Tahun 2017** Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
42. **Peraturan Bupati No. 77 Tahun 2016** Kawasan Tanpa Rokok
43. **Keputusan Bupati No. 122 Tahun 2016** Pembentukan Tim Reaksi Cepat Penanggulangan Bencana Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Tahun 2016
44. **Peraturan Bupati No. 14 Tahun 2014** Analisis Mengenai Dampak Lingkungan, Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Upaya Pemantauan Lingkungan, Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

45. **Peraturan Daerah No. 8 Tahun 2010** Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara

46. **Peraturan Daerah No. 14 Tahun 2008** Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Sosial Serta RSUD

4.1.2. Derajat Kesehatan Kabupaten Bolaang Mangondow Utara

Upayan peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Bolaang Mangondow Utara telah dilakukan dengan capaian-capaian yang di raih pada tahun 2020 dapat dijelaskan sebagai berikut:

A. Angka Kematian

1) Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi adalah kematian pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun. AKB di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara pada tahun 2020 yaitu 4 orang per 1.000 Kelahiran Hidup. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor-faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB.

2) Angka Kematian Balita

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah kematian yang terjadi pada anak sebelum usia lima tahun. Berdasarkan data yang dikumpulkan menunjukkan terjadi penurunan AKABA. tahun yaitu, 0 Orang per 1000 Kelahiran.

3) Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu maternal (AKI) adalah angka kematian pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas. Data ini dapat diperoleh melalui berbagai survey. AKI di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara terdapat 4 per jumlah 100.000 kelahiran hidup.

4) Status Gizi

Sepanjang tahun 2020 di Kabupaten Bolaang Mongondow terdapat 6 orang penderita gizi buruk dan sudah ditangani.

B. Angka Kesakitan

1) Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA⁺

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit TB-Paru dengan program DOTS (*Directly Observe Treatment Shortcut*) atau pengobatan dengan pengawasan langsung oleh petugas menelan obat (PMO). Angka kesembuhan TB Paru pada tahun 2020 terdapat 155 penderita, dari 130 orang yang diobati terdapat angka kesembuhan sebanyak 47 orang.

2) Persentase Balita dengan Pneumonia Ditangani.

Pneumonia merupakan penyebab kematian utama pada balita, ini diduga karena penyakit ini merupakan penyakit yang akut dan kualitas penatalaksanaannya belum memadai. Jumlah penderita Pneumonia di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara pada tahun 2020 sebanyak 85 kasus jumlah perkiraan penderita.

3) Persentase HIV/AIDS Ditangani.

Perkembangan penyakit HIV/AIDS terus menunjukkan peningkatan meskipun berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan terus dilakukan. Semakin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, menyebarnya pusat-pusat pembangunan ekonomi, meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman dan meningkatnya penyalagunaan NAPZA melalui suntikan memperbesar tingkat resiko penyebaran HIV/AIDS. Jumlah penderita HIV/AIDS dapat digambarkan sebagai fenomena gunung es (*Ice Berg Phenomena*) yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil dari jumlah penderita yang sebenarnya. Data yang diperoleh dari Bidang P2 & Wabah Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dan dari Profil Kesehatan Puskesmas menunjukkan terdapat jumlah 3 kasus penyakit HIV AIDS.

4) Persentase Infeksi Menular Seksual Diobati.

Kasus infeksi Menular Seksual (IMS) yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta ditangani/diobati sesuai standar. Berdasarkan data dari Bidang P2 & Wabah Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dan dari Profil Kesehatan Puskesmas menunjukkan tidak ada kasus Infeksi Menular seksual.

5) Persentase Diare Ditemukan Dan Ditangani.

Pada tahun 2020 jumlah target penemuan sebanyak 1.290 penderita dan yang ditangani sebanyak 1.174.

6) Penemuan Kasus Baru Kusta Selesai Berobat.

Meskipun Indonesia telah mencapai eliminasi kusta pada pertengahan tahun 2000, namun sampai saat ini penyakit kusta masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat. Penderita Kusta tahun 2020 total penderita kasus baru kusta sebanyak 26 orang, terdiri dari penderita PB 8 orang dan penderita MB 17 orang.

7) Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP)

Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) adalah jumlah kasus AFP non Polio yang ditemukan. Pada tahun 2019 tidak ditemukan kasus AFP non Polio.

8) Jumlah Kasus dan Angka Kesakitan Penyakit Menular yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

Penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. PD3I termasuk penyakit Tetanus Neonatorum Campak, Difteri, Pertusis, Hepatitis B, dan Polio. Pada tahun 2019 untuk penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti Campak, Polio dan Hepatitis B terdapat penderita Hepatitis B sebanyak 6 Orang.

9) Persentase DBD Ditangani.

Persentase Demam Berdarah Dengue adalah Persentase penderita penyakit Demam Dengue dan DBD yang ditangani sesuai SOP di wilayah kerja. Pada Tahun 2019 terdapat 78 Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD). Pada Kasus Ini tidak terdapat Jumlah Pasien yang meninggal

10) Angka Kesakitan Malaria

Penyakit Malaria masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara. Karena jika dilihat dari keadaan demografi wilayah kabupaten BOLMUT sebagian berada di daerah pesisir pantai sehingga berdasarkan data dari Bidang P2 & Wabah Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara yang secara lengkap dapat dilihat pada Lampiran Tabel 66 menunjukkan bahwa angka kesakitan malaria pada tahun 2019 yang positif sebesar 4 kasus, kasus per 1000 penduduk.

11) Kasus Penyakit Filariasis Ditangani

Program eliminasi filariasis dilaksanakan atas dasar kesepakatan global WHO tahun 2000 yaitu *The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem the Year 2020*. Jumlah penderita Filariasis jika dilihat dari data Profil puskesmas Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, maka tidak terdapat jumlah kasus penderita penyakit filariasis.

12) Persentase Hipertensi/Tekanan Darah

Dari Jumlah Penduduk 79.366 orang berumur ≥ 15 Tahun yang dilakukan pengukuran Tekanan Darah berjumlah 6.595 atau 45,8 %.

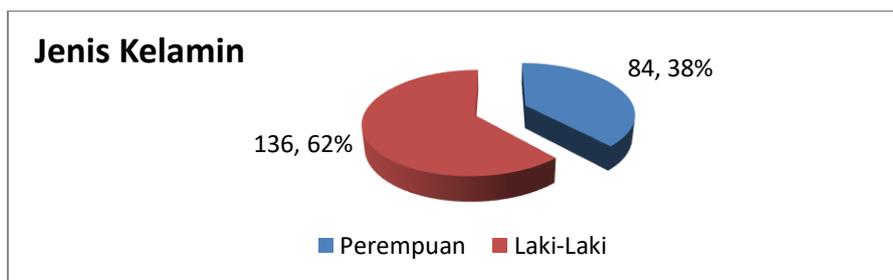
13) Cakupan Desa/Kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam

Kejadian Luar Biasa adalah Timbulnya atau Meningkatnya kejadian Kesakitan dan atau Kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu Desa/Kelurahan dalam waktu tertentu. Sedangkan Jumlah KLB Desa/Kelurahan adalah Jumlah KLB di Desa/Kelurahan dimana

tidak terjadi Kesakitan atau Kematian Penyakit Potensial KLB, Penyakit Karantina atau Keracunan Makanan. Jumlah Desa/Kelurahan yang berada di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara sebanyak 106 Desa dan 1 Kelurahan, pada tahun 2019 terdapat 6 Kejadian Luar Biasa (KLB).

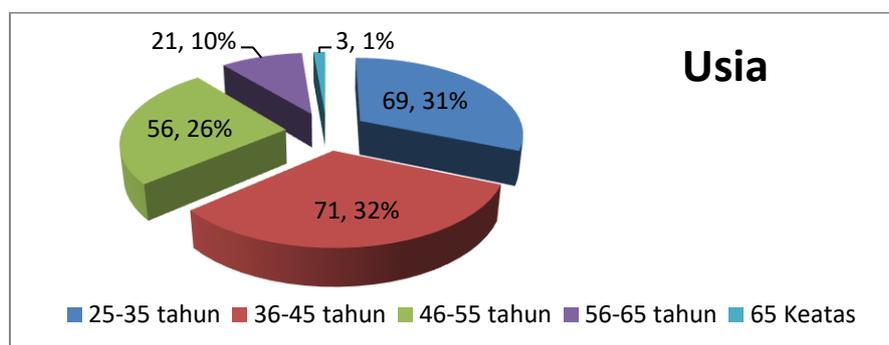
4.2. Deskripsi Hasil Penelitian

Deskripsi hasil data lapangan melalui pengedaran kuisisioner tertutup dan kuisisioner terbuka dengan responden pada penelitian tentang Disrupsi Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Provinsi Sulawesi Utara, dapat diuraikan sebagai berikut ;



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

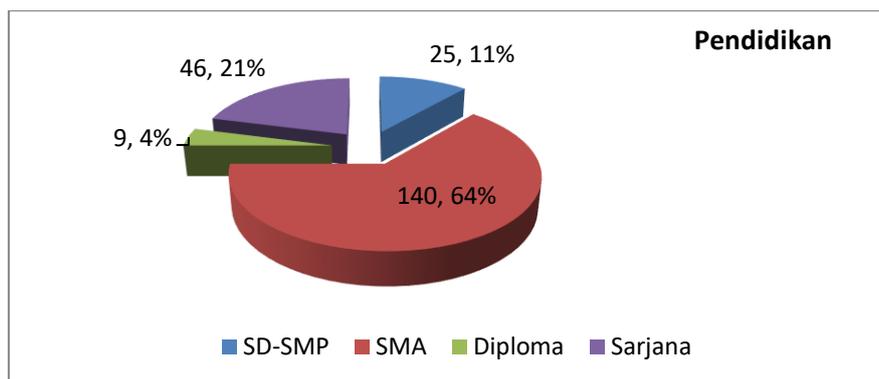
Hasil penyebaran kuisisioner bahwa karakteristik responden di objek penelitian lebih banyak didominasi oleh Laki-laki sebesar 62% dan perempuan 38% dari jumlah 272 responden yang dituju oleh peneliti.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

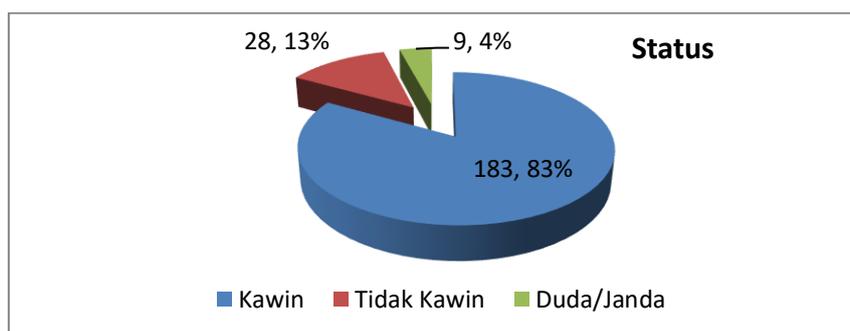
Dari segi usia responden pada objek penelitian terdiri dari usia 25-35 tahun sebesar 31,4%, usia 36-45 tahun sebesar 32,3%, usia 46-55 tahun

sebesar 25,5%, usia 56-65% sebesar 9,5% dan usia 65 keatas sebesar 1,4% dari jumlah responden yang diteliti. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat dari segi sector usia lebih didominasi oleh yang masih muda, namun hal ini membutuhkan dukunganmaksimal dari pemerintah untuk meningkatkan partisipasi masyarakat.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

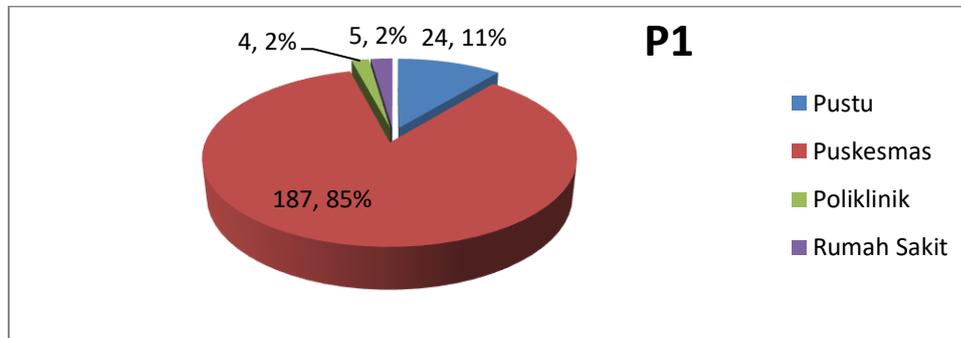
Sementara aspek jenjang kualifikasi pendidikan responden adalah sebagai berikut ; Sarjana sebesar 20,9%, Diploma sebesar 4,1%, SMA/Sederajat sebesar 63,6% dan SD-SMP sebesar 11,4%. Dari jenjang kualifikasi pendidikan responden masih didominasi oleh yang berkualifikasi SMA.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Sementara aspek perkawinan responden adalah sebagai berikut ; Menikah sebesar 83%, belum menikah sebesar 13%, dan cerai sebesar 4%. Dari aspek status perkawinan responden masih didominasi oleh yang

responden yang sudah berkeluarga atau telah memiliki pengalaman langsung dalam pelayanan kesehatan.

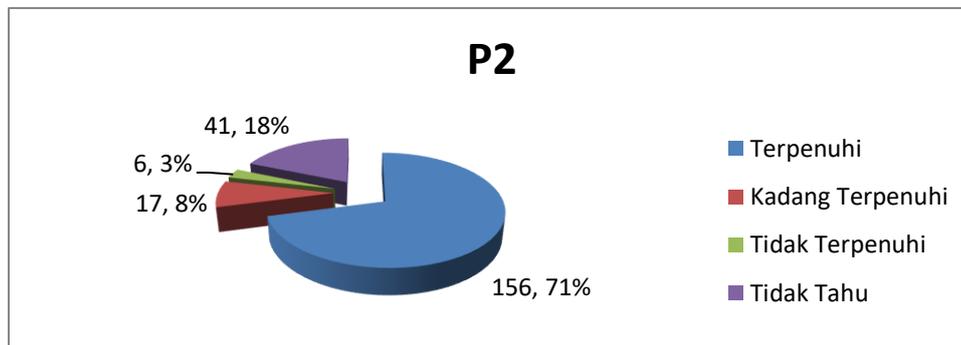


Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 1) Saat Ibu dan Bayi kurang sehat berobatnya dimana? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Puskesmas sebesar 85%, Pustu sebesar 11%, Rumah Sakit sebesar 2% dan Poliklinik sebesar 2%. Dengan alasan yang substansial adalah jaraknya terdekat dengan rumah pasien, pelayanannya cepat, jaraknya tidak membutuhkan ongkos yang besar.

Hal ini seirama dengan tanggapan responden (MRP) yang mengatakan secara langsung bahwa masyarakat memilih ke Puskesmas alasan utama karena dekat dengan rumah dan tidak membutuhkan biaya yang besar menuju lokasi Puskesmas, perawat puskesmas juga tersedia dan sigap melayani masyarakat.

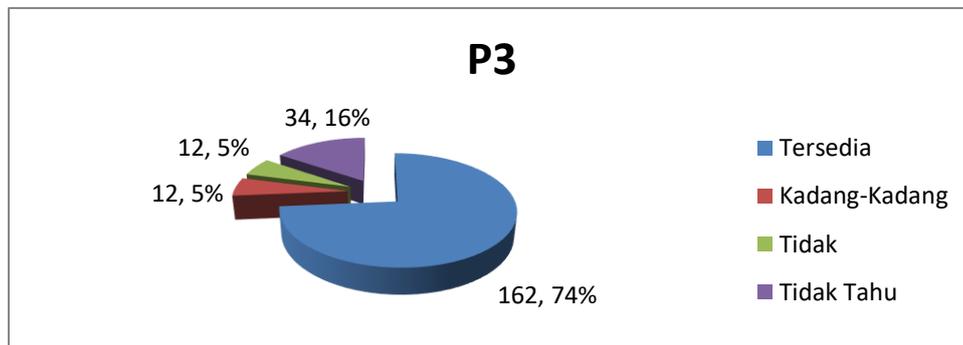
Hal ini juga di amini oleh kepala Puskesmas Bintauna bahwa pelayanan kesehatan di Puskesmas di upayakan secara maksimal dapat memberi dampak yang nyaman bagi pasien maupun masyarakat yang memanfaatkan fasilitas kesehatan Puskesmas. Olehnya pihak pemerintah Kabupaten Bolmut dibawah koordinasi Dinas Kesehatan berupaya melakukan perbaikan dan peningkatan kapasitas, baik dari sisi SDM, fasilitas maupun regulasi dan dana operasional kesehatan.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

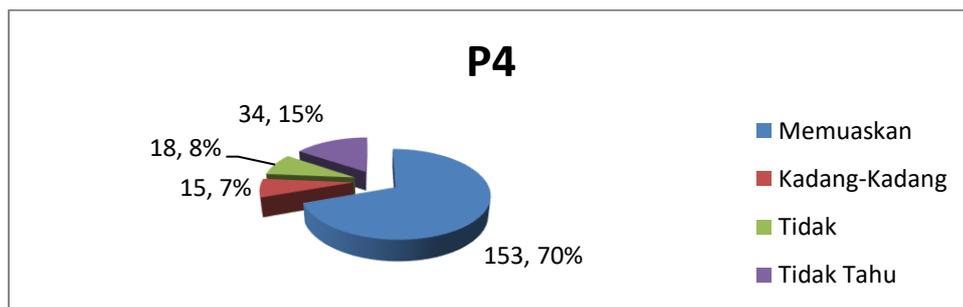
Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 2) Apakah pelayanan ibu dan bayi terpenuhi dengan baik saat berobat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; terpenuhi sebesar 71%, kadang terpenuhi sebesar 8%, tidak terpenuhi sebesar 3% dan tidak tahu sebesar 18%.

Dalam informasi wawancara dengan responden Bapak (EP), tanggapan responden Bapak secara langsung bahwa fasilitas kesehatan di Puskesmas masih kurang lengkap terutama, saat keluarga membawa pasien ke puskesmas dokter tidak tersedia, kadang dokter datang terlambat atau bisa menunggu 1 dan 2 hari baru dokter tersedia di Puskesmas, belum lagi obat tidak tersedia sehingga kadang keluarga meminta Puskesmas untuk merujuk pasien ke Rumah sakit yang ada Dokternya seperti di RSUD Gorontalo, RSUD Kotamobagu atau ke RSUD Manado. Secara umum penanganan tenaga medis yang tersedia di Puskesmas cukup tanggap melayani pasien masuk. Informasi lainnya yang diungkapkan oleh responden (HSP) Rumahsakit sekalipun di Bolmut fasilitas penunjang masih kurang terutama SDM Dokter, perawat maupun tenaga medis lainnya. Kekurangan dari pelayanan di RSUD Bolmut hanya pasien keluarga pejabat yang mudah mendapat layanan prima, kami masyarakat kadang lambat sekali penanganannya.



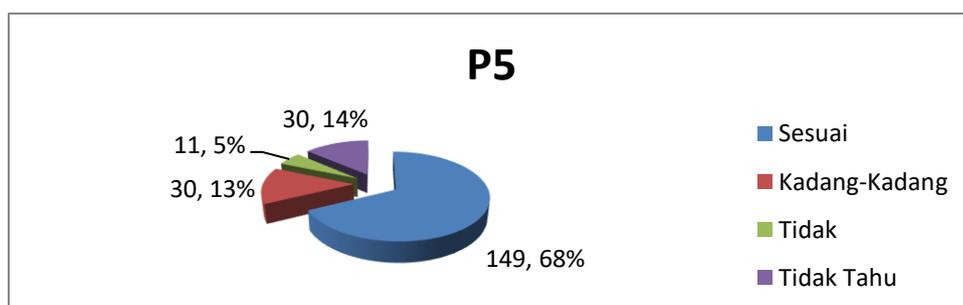
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisioner untuk pertanyaan 3) Apakah cakupan dan kualitas layanan antenatal, postnatal, dan imunisasi bagi ibu dan Bayi tersedia ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; tersedia sebesar 74%, kadang tersedia sebesar 5%, tidak tersedia sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 16%.



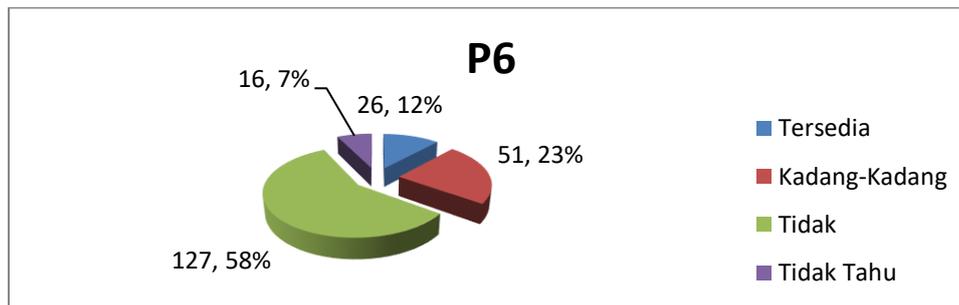
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisioner untuk pertanyaan 4) Apakah cakupan dan kualitas layanan persalinan kesehatan tersedia ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; memuaskan sebesar 70%, kadang memuaskan sebesar 7%, tidak memuaskan sebesar 8% dan tidak tahu sebesar 15%.



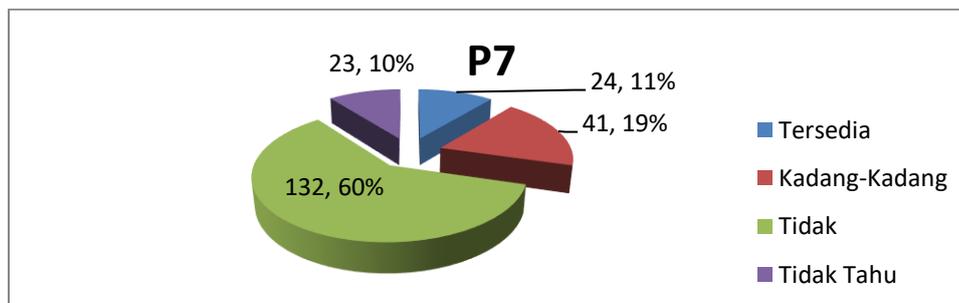
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 5) Apakah kompetensi atau keahlian tenaga medis saat berobat tersedia ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 68%, kadang sesuai sebesar 13%, tidak sesuai sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 14%.



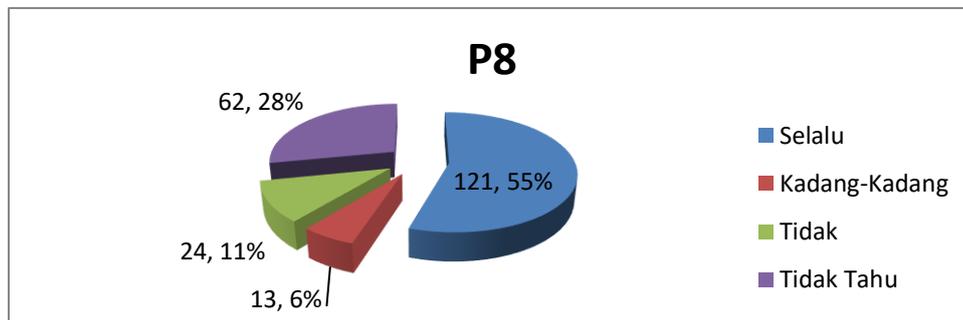
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 6) Apakah ambulance desa tersedia ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; tersedia sebesar 11,8%, kadang tersedia sebesar 23,2%, tidak tersedia sebesar 57,7% dan tidak tahu sebesar 7,3%.



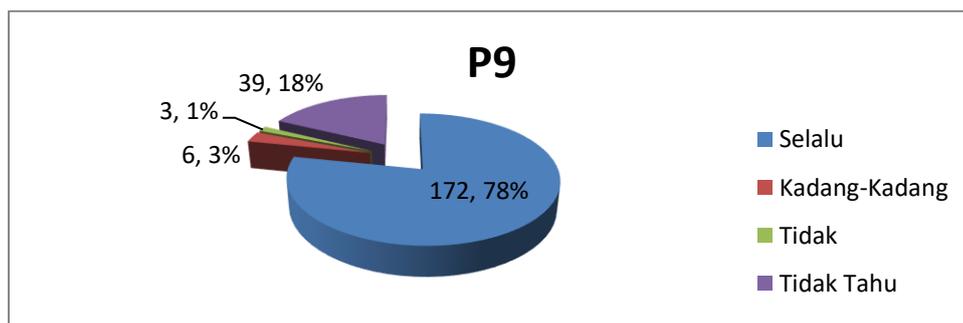
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 7) Apakah kebutuhan darah saat dibutuhkan tersedia ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; tersedia sebesar 11%, kadang tersedia sebesar 19%, tidak tersedia sebesar 60% dan tidak tahu sebesar 10%.



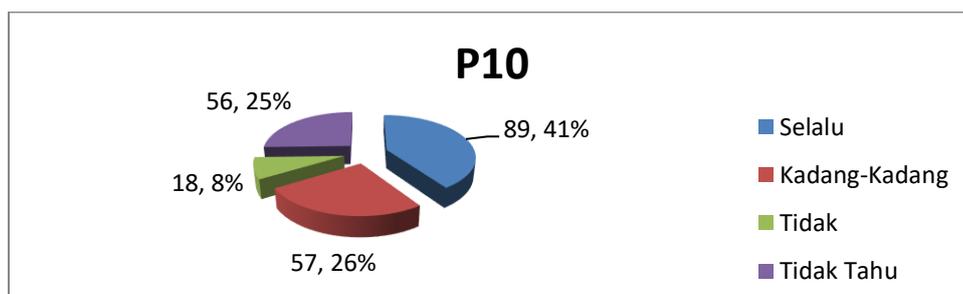
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 8) Apakah setiap kematian ibu dan kematian Bayi di lakukan pencatatan sipil dan statistik ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; selalu sebesar 55%, kadang-kadang sebesar 6%, tidak selalu sebesar 11% dan tidak tahu sebesar 28%.



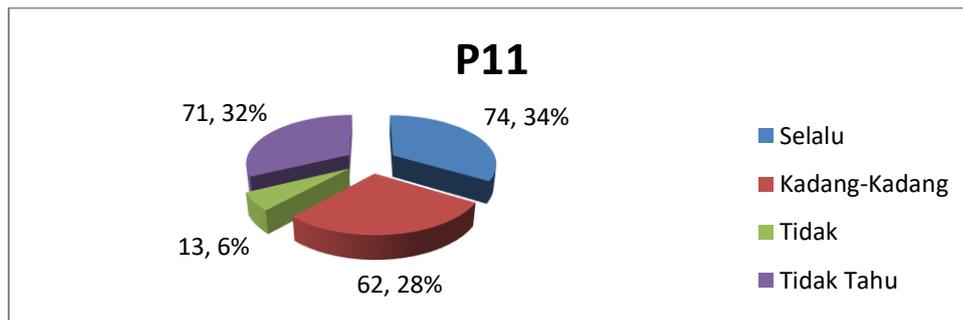
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 9) Apakah cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) Mencapai (UCI) sampai ke Desa? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; selalu sebesar 78%, kadang-kadang sebesar 3%, tidak selalu sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 18%.



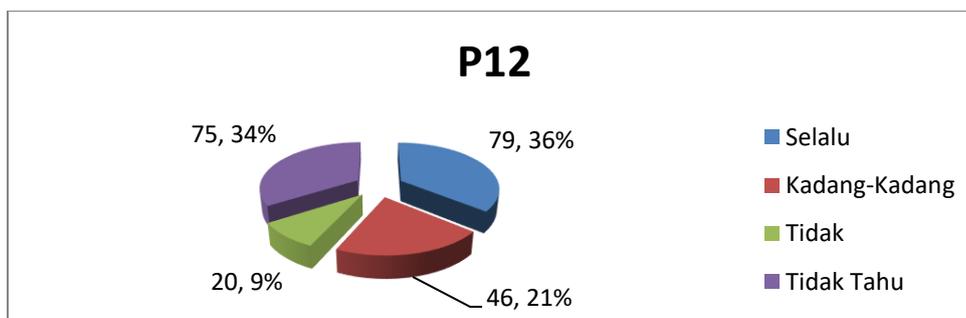
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 10) Apakah terjadi peningkatan cakupan Asi Eksklusif ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; selalu sebesar 41%, kadang-kadang sebesar 26%, tidak selalu sebesar 8% dan tidak tahu sebesar 25%.



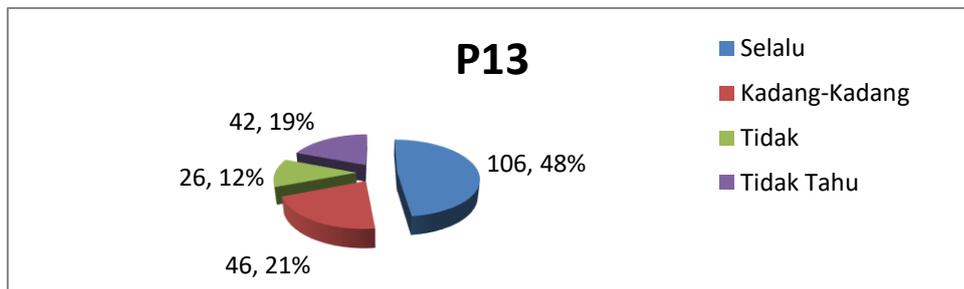
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil kuisisioner untuk pertanyaan 11) Apakah terjadi peningkatan gizi remaja putrid an ibu hamil terjadi peningkatan gizi remaja putrid an ibu hamil? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; terpenuhi sebesar 34%, kadang terpenuhi sebesar 28%, tidak tersedia sebesar 6% dan tidak tahu sebesar 32%.



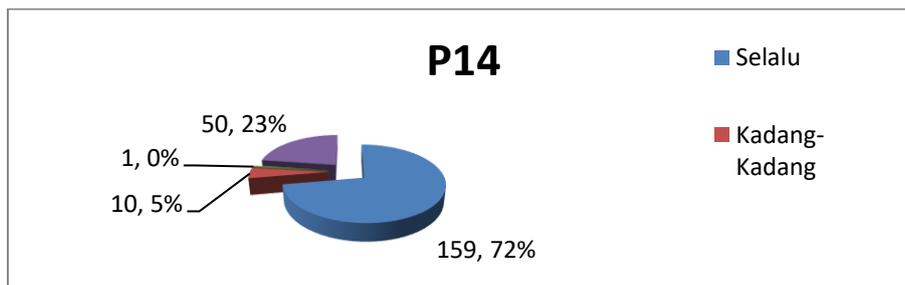
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 12) Apakah dilakukan intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitive secara terintegrasi sampai ke tingkat Desa ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 36%, kadang dilakukan sebesar 21%, tidak dilakukan sebesar 9% dan tidak tahu sebesar 34%.



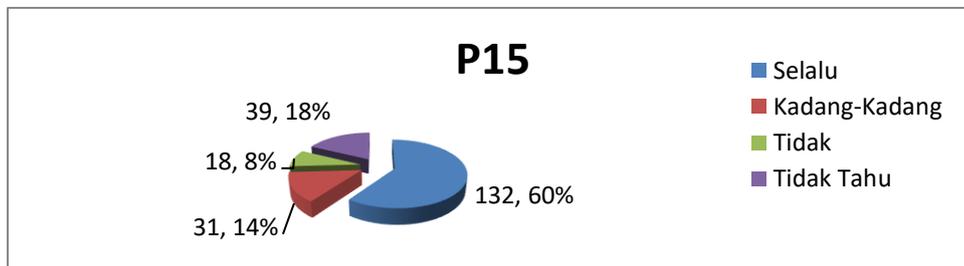
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 13) Apakah dilakukan kampanye nasional dan strategi komunikasi perubahan keluarga di tingkat Desa ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 48%, kadang dilakukan sebesar 21%, tidak dilakukan sebesar 12% dan tidak tahu sebesar 19%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

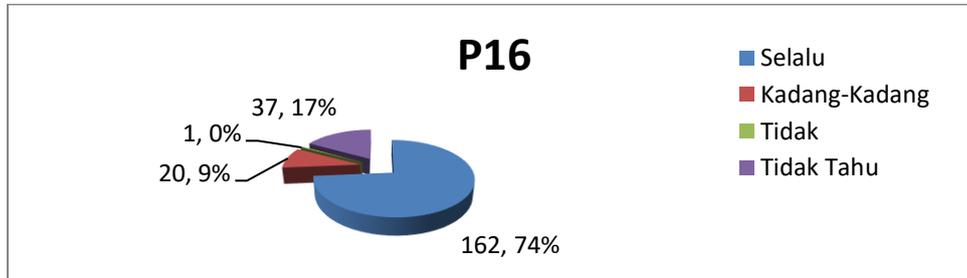
Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 14) Apakah dilakukan sosialisasi penguatan puskesmas dalam penanganan balita gizi buruk dan wasting ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 72%, kadang dilakukan sebesar 5%, dan tidak tahu sebesar 23%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

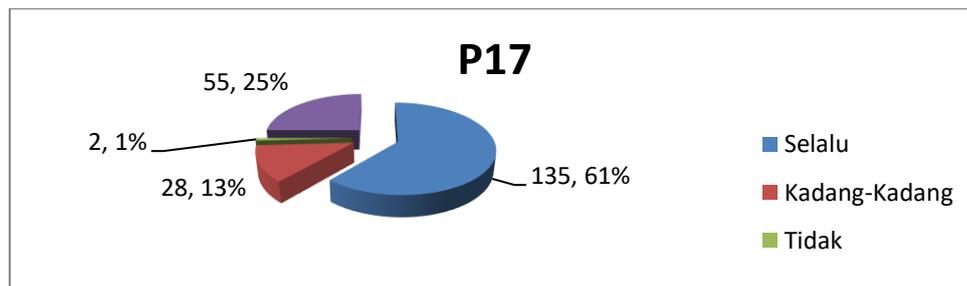
Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 15) Apakah dilakukan sosialisasi penguatan system surveilans gizi ? Responden memilih jawaban

yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 60%, kadang dilakukan sebesar 14%, tidak dilakukan sebesar 8% dan tidak tahu sebesar 18%.



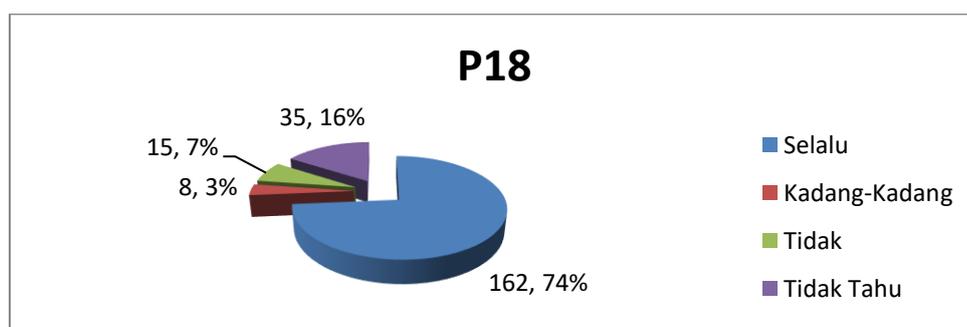
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 16) Apakah dilakukan pendampingan ibu hamil untuk menjamin asupan gizi yg berkualitas ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 74%, kadang dilakukan sebesar 9%, dan tidak tahu sebesar 17%.



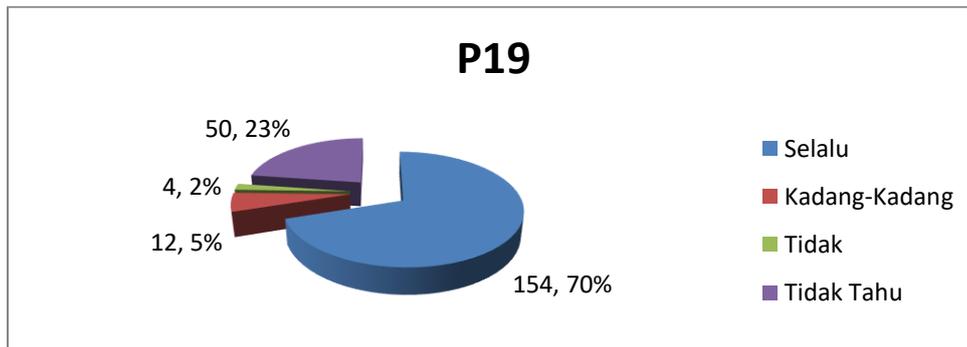
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 17) Apakah dilakukan pendampingan Baduta untuk Asi Eksklusif, makanan pendamping Asi dan stimulasi adekuat ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 61%, kadang dilakukan sebesar 13%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 25%.



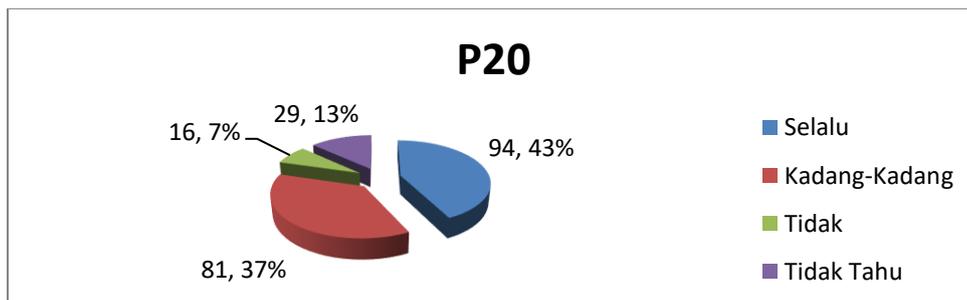
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 18) Apakah dilakukan promosi budaya hidup sehat dan edukasi literasi kesehatan stunting di masyarakat? jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 74%, kadang dilakukan sebesar 3%, tidak dilakukan sebesar 7% dan tidak tahu sebesar 16%.



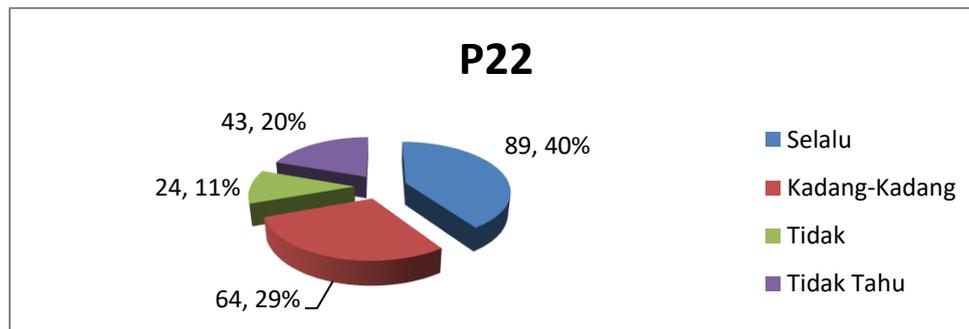
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 19) Apakah dilakukan revitalisasi Posyandu, posbindu, UKS dan UKBM di Desa ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 70%, kadang dilakukan sebesar 5%, tidak dilakukan sebesar 2% dan tidak tahu sebesar 23%.



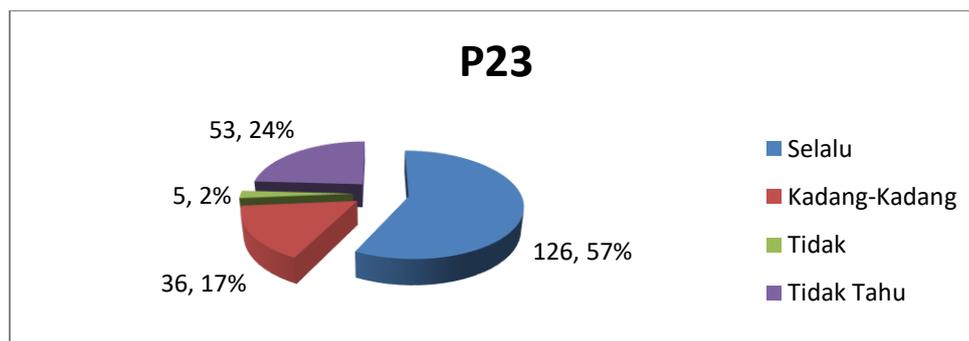
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 20) Apakah dilakukan sosialisasi pelabelan pangan, kampanye makan ikan, makan buah dan sayur dan diet seimbang? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 34%, kadang dilakukan sebesar 37%, tidak dilakukan sebesar 7% dan tidak tahu sebesar 13%.



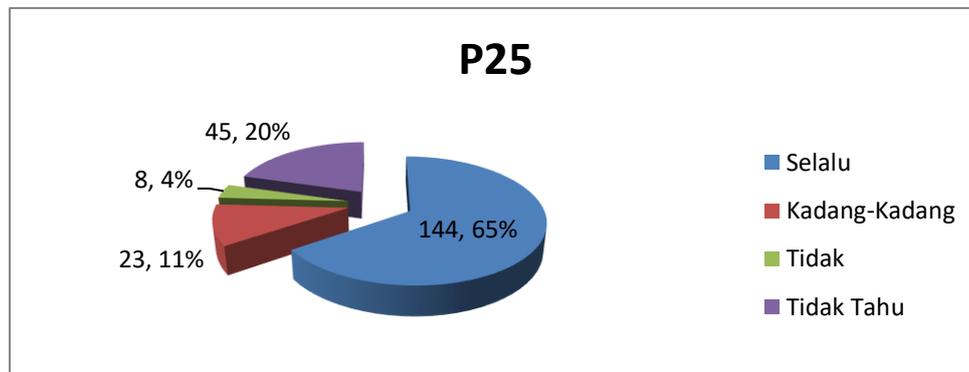
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 22) Apakah dilakukan sosialisasi aksi multisektoral untuk mendorong penyediaan ruang terbuka public, olahraga, stop smoking, dan lingkungan sehat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu; Dilakukan sebesar 40%, kadang dilakukan sebesar 29%, tidak dilakukan sebesar 11% dan tidak tahu sebesar 20%.



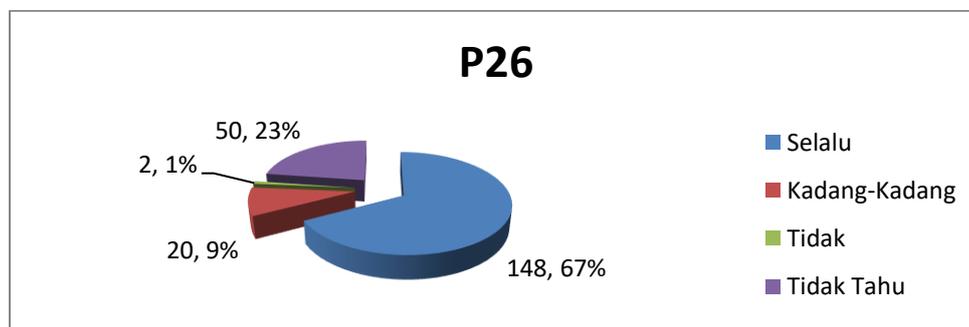
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 23) Apakah dilakukan sosialisasi mendorong regulasi pemerintah untuk pembangunan berwawasan kesehatan secara rutin? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu; Dilakukan sebesar 57%, kadang dilakukan sebesar 17%, tidak dilakukan sebesar 2% dan tidak tahu sebesar 24%.



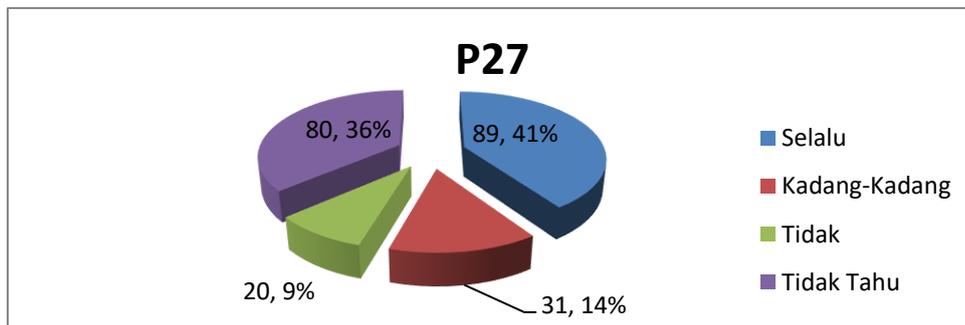
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 25) Apakah pengembangan dan pelaksanaan rencana induk nasional penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan pemerintah daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 65%, kadang dilakukan sebesar 11%, tidak dilakukan sebesar 4% dan tidak tahu sebesar 7%.



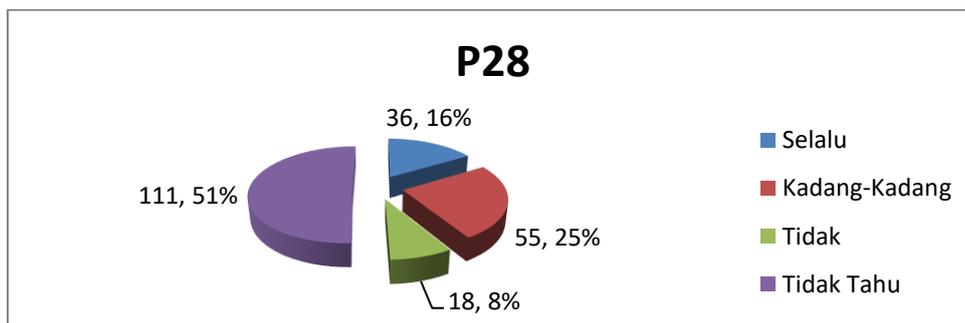
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 26) Apakah penyempurnaan standar pelayanan kesehatan dilakukan oleh manajemen layanan kesehatan daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 67%, kadang dilakukan sebesar 9%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 23%.



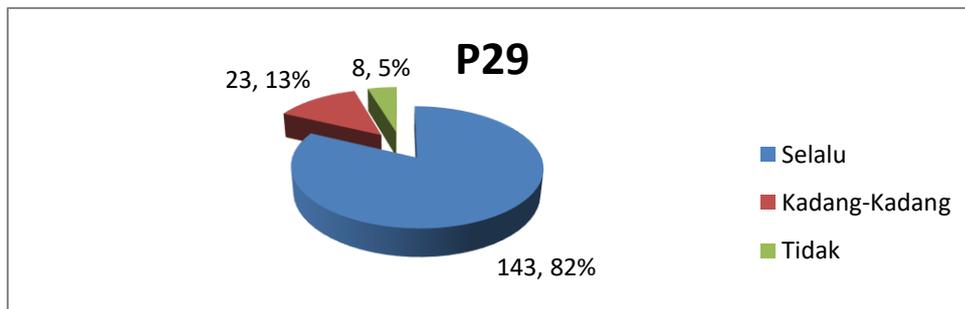
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 27) Apakah pemanfaatan inovasi teknologi layanan kesehatan termasuk laboratorium kesehatan dilakukan secara bertahap oleh pelaksana manajemen layanan kesehatan ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 41%, kadang dilakukan sebesar 14%, tidak dilakukan sebesar 9% dan tidak tahu sebesar 36%.



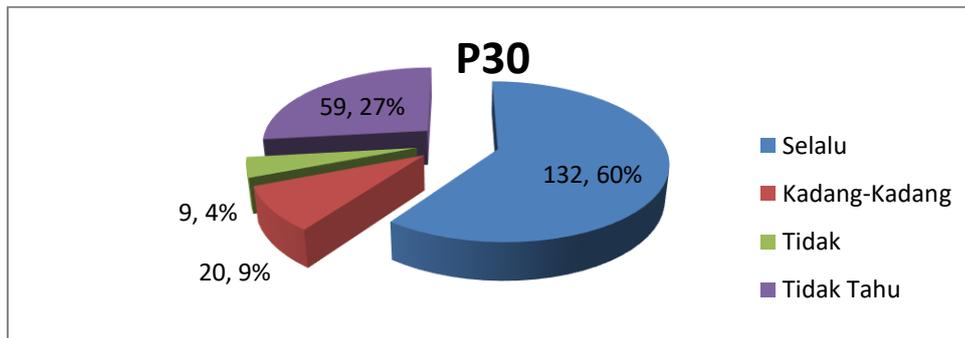
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 28) Apakah perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan telemedicine, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online dalam layanan kesehatan di daerah dilakukan ? jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 16%, kadang dilakukan sebesar 25%, tidak dilakukan sebesar 8% dan tidak tahu sebesar 51%.



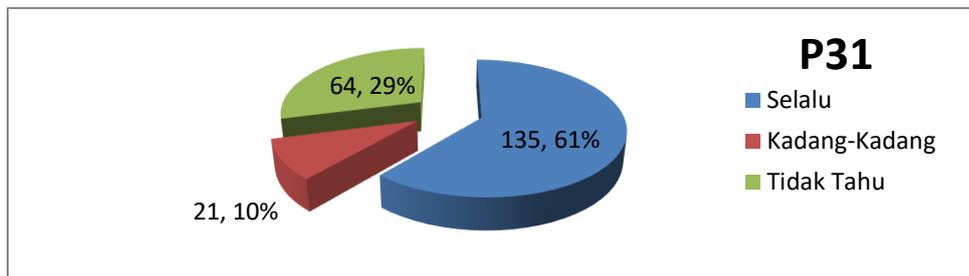
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 29) Apakah kendali mutu dan kendali biaya dalam pengembangan layanan kesehatan di manajemen Puskesmas, Rumah sakit Pembantu dan Rumah Sakit Daerah dilakukan ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 82%, kadang dilakukan sebesar 13%, dan tidak dilakukan sebesar 5%.



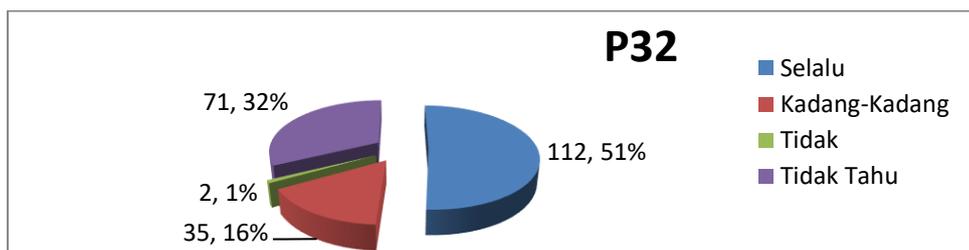
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 30) Apakah dilakukan penguatan kemampuan bagi rumah sakit daerah secara khusus? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 60%, kadang dilakukan sebesar 9%, tidak dilakukan sebesar 4% dan tidak tahu sebesar 27%.



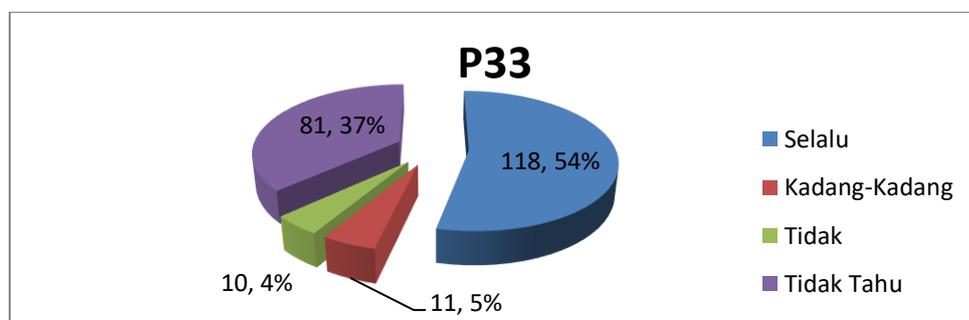
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 31) Apakah penguatan layanan kesehatan secara sistemik seperti tenaga kesehatan, jejaring kesehatan, promosi kesehatan dilakukan di puskesmas, ataupun Rumah Sakit? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 61%, kadang dilakukan sebesar 10%, dan tidak dilakukan sebesar 29%.



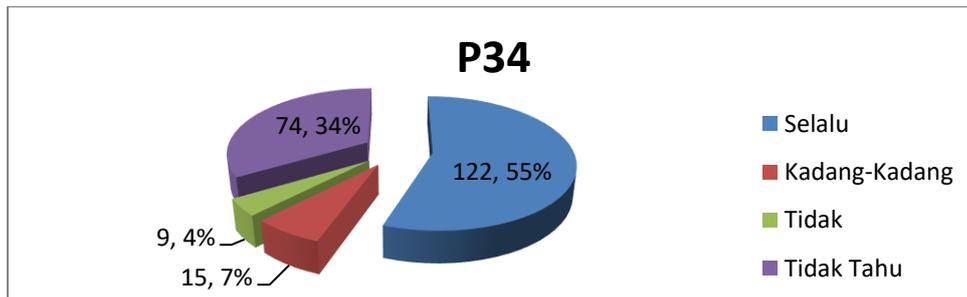
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 32) Apakah penguatan kepemimpinan dan manajemen layanan kesehatan di lakukan oleh daerah dalam meningkatkan playanan prima? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 51%, kadang dilakukan sebesar 16%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 32%.



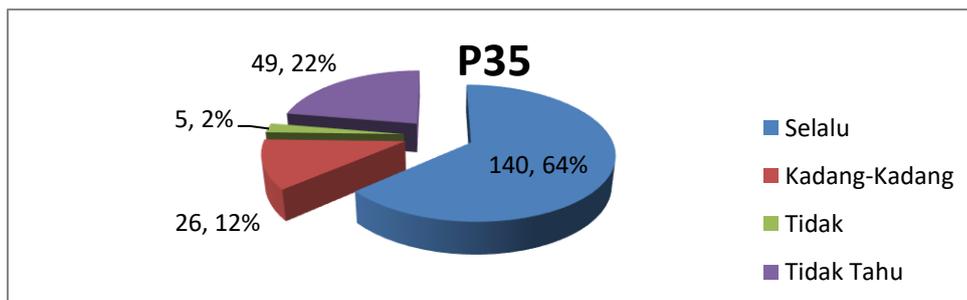
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 33) Apakah dilakukan perbaikan pengelolaan limbah medis failitas layanan kesehatan dan pengendalian bahan berbahaya serta beracun di lingkungan tempat layanan kesehatan pemerintah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 54%, kadang dilakukan sebesar 5%, tidak dilakukan sebesar 4% dan tidak tahu sebesar 37%.



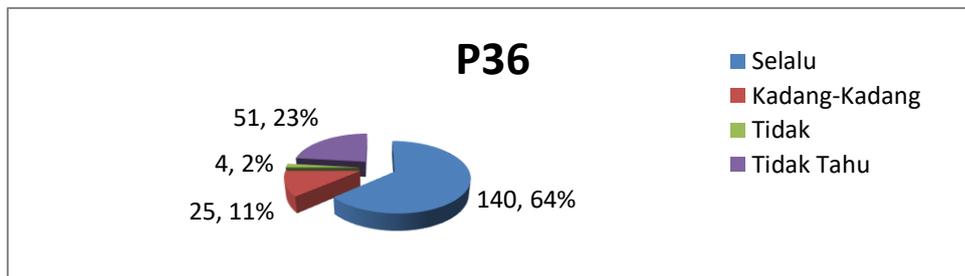
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 34) Apakah ada inovasi dalam layanan kesehatan dan pengendalian vector di pusat-pusat layanan kesehatan daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 55%, kadang dilakukan sebesar 7%, tidak dilakukan sebesar 4% dan tidak tahu sebesar 34%.



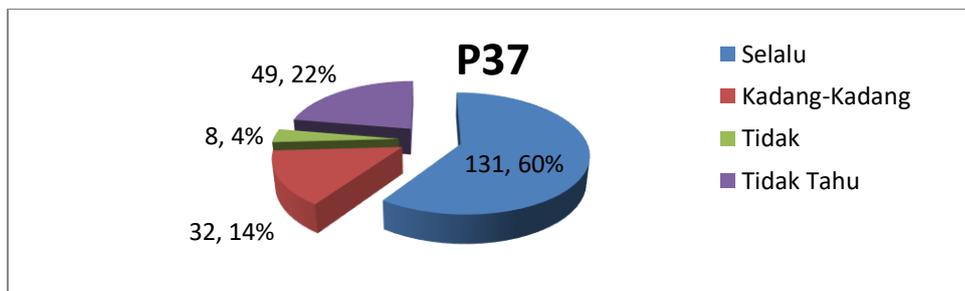
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 35) Apakah terdapat penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera di pusat layanan kesehatan daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 64%, kadang dilakukan sebesar 12%, tidak dilakukan sebesar 2% dan tidak tahu sebesar 12%.



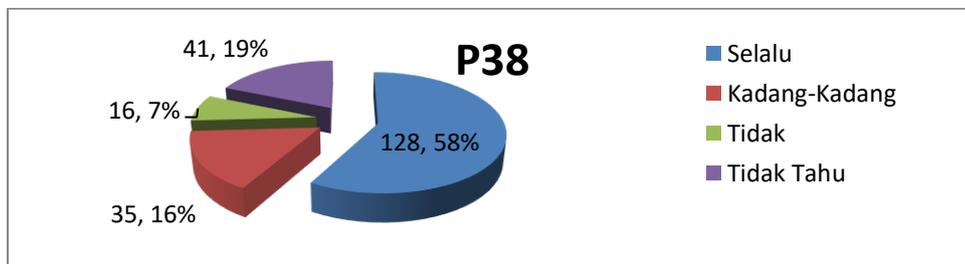
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 36) Apakah terdapat penguatan sanitas berbasis masyarakat ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; tersedia sebesar 64%, kadang tersedia sebesar 11%, tidak tersedia sebesar 2% dan tidak tahu sebesar 23%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

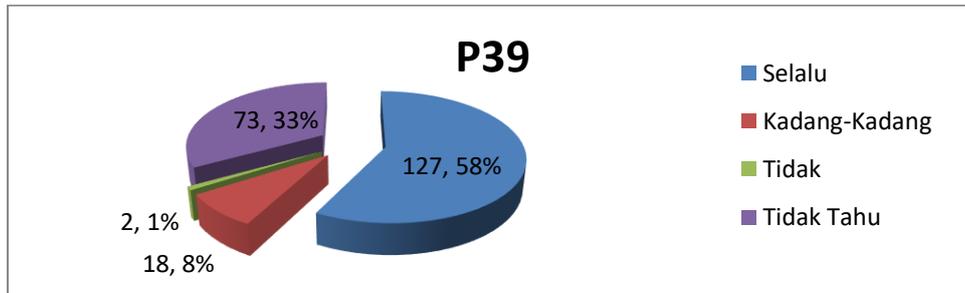
Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 37) Apakah akses air bersih dan perilaku higienis di tingkat tenaga medis dan lingkungannya terjaga ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; terjaga sebesar 60%, kadang terjaga sebesar 14%, tidak terjaga sebesar 4% dan tidak tahu sebesar 22%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

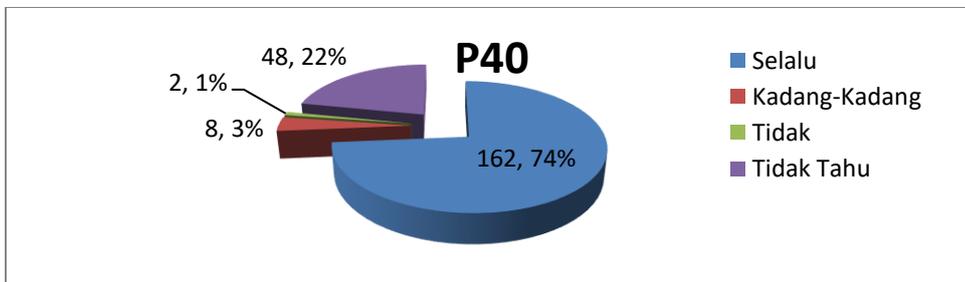
Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 38) Apakah terdapat penguatan kebijakan dalam pembiayaan layanan kegawatdaruratan

kesehatan bagi masyarakat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 58%, kadang dilakukan sebesar 16%, tidak dilakukan sebesar 7% dan tidak tahu sebesar 19%.



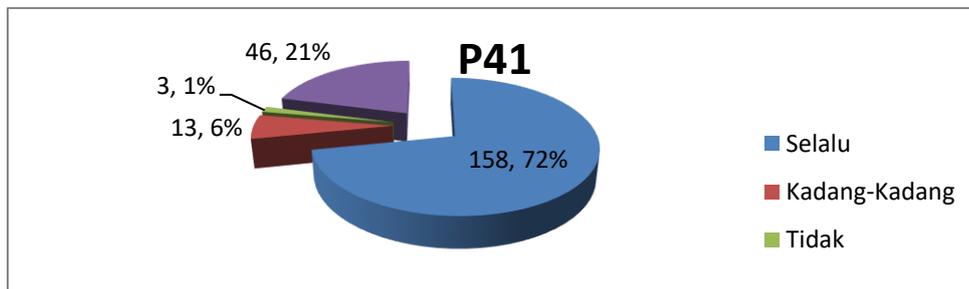
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner pertanyaan 39) Apakah dilakukan penguatan layanan kesehatan melaluipeningkatan fasilitas labolatorium kesehatan di daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 58%, kadang dilakukan sebesar 8%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 33%.



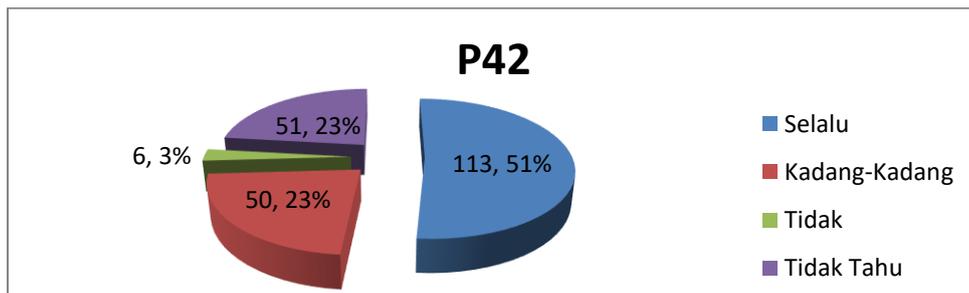
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 40) Apakah tenaga medis melakukan pelaporan dan pengawasan langsung penyakit yang berpotensi wabah atau penyakit baru muncul ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 74%, kadang dilakukan sebesar 3%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 22%.



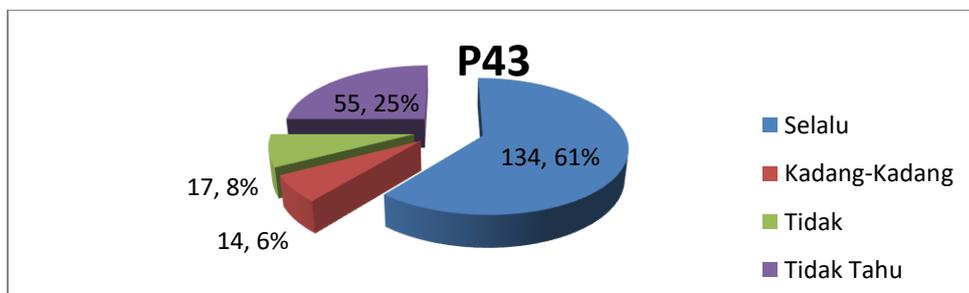
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 41) Apakah pihak manajemen pelayanan kesehatan masyarakat membangun siste, kewaspadaan dini? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 72%, kadang dilakukan sebesar 6%, tidak dilakukan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 21%.



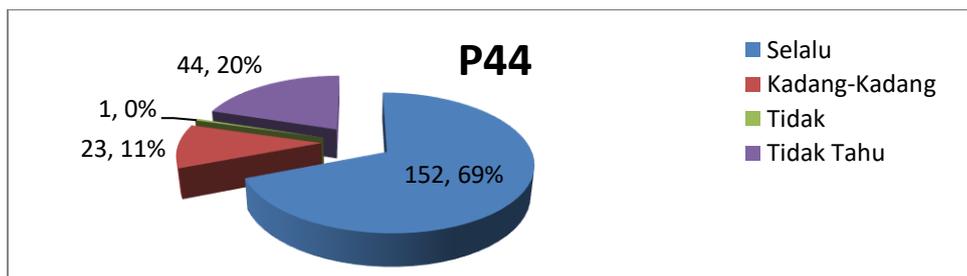
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 42) Apakah manajemen pelayanan kesehatan daerah membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 51%, kadang dilakukan sebesar 23%, tidak dilakukan sebesar 3% dan tidak tahu sebesar 23%.



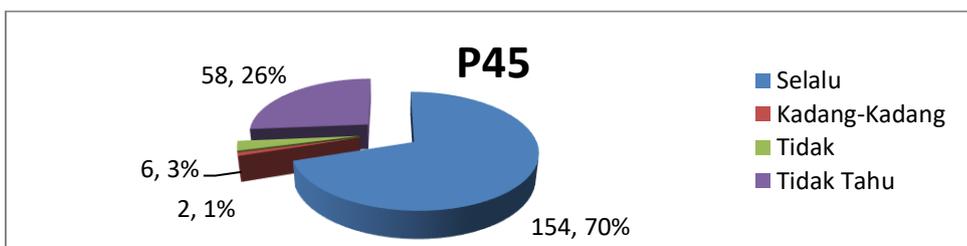
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 43) Apakah pihak manajemen kesehatan daerah memastikan ketersediaan obat esensial dan vaksin bagi masyarakat sesuai standar kesehatan di Puskesmas? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Memastikan sebesar 79%, kadang memastikan sebesar 7%, tidak memastikan sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 9%.



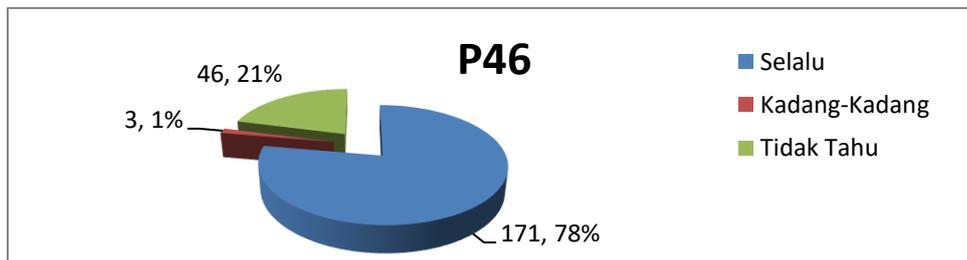
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 44) Apakah tenaga medis melakukan pelaporan dan pengawasan langsung penyakit yang berpotensi wabah atau penyakit baru muncul? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Melaporkan sebesar 69%, kadang melaporkan sebesar 11%, tidak melaporkan sebesar 0% dan tidak tahu sebesar 20%.



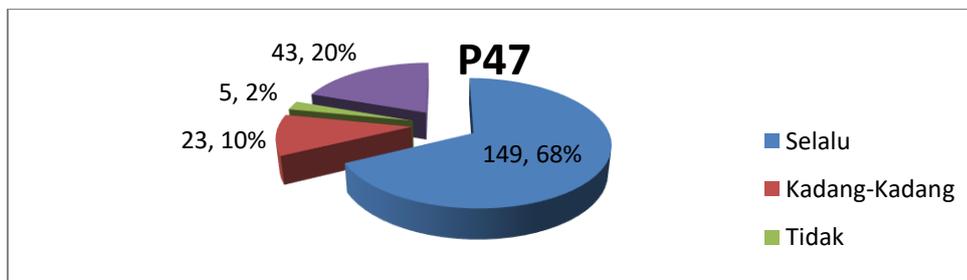
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 45) Apakah dalam manajemen layanan kesehatan menerapkan system data dan informasi pengelolaan logistik obat dan terdistribusi dalam penguatan layanan kesehatan bagi masyarakat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Menerapkan sebesar 70%, kadang menerapkan sebesar 1%, tidak menerapkan sebesar 3% dan tidak tahu sebesar 26%.



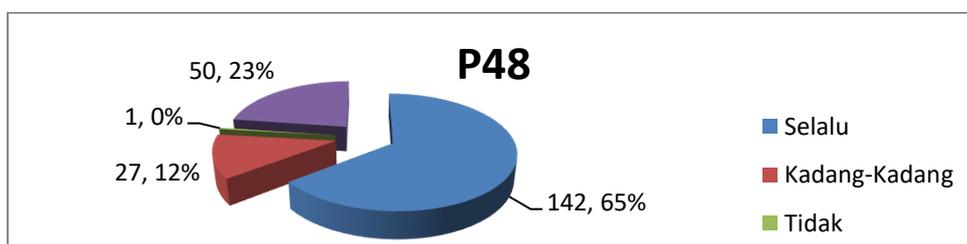
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisioner untuk pertanyaan 46) Apakah dalam manajemen layanan kesehatan tersedia vaksis yang halal melalui roadmap vaksin halal ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Tersedia sebesar 78%, kadang tersedia sebesar 1%, dan tidak tahu sebesar 21%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

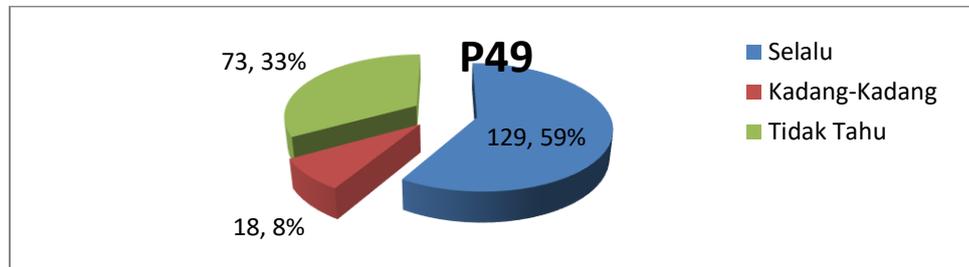
Hasil pengedaran kuisioner untuk pertanyaan 47) Apakah tenaga medis berkualifikasi pendidikan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 68%, kadang sesuai sebesar 10%, tidak sesuai sebesar 2% dan tidak tahu sebesar 20%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

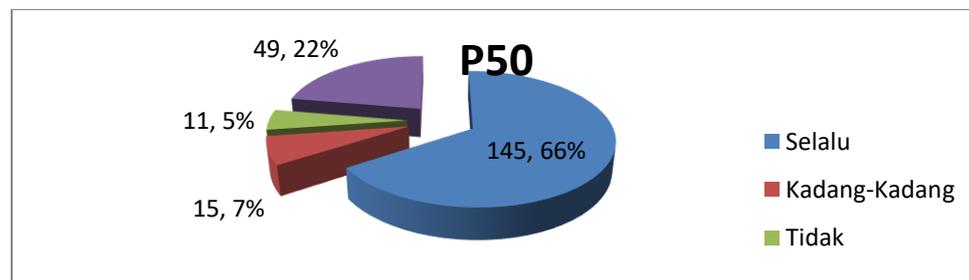
Hasil pengedaran kuisioner untuk pertanyaan 48) Apakah tenaga dokter spesialis di rumah sakit sesuai kualifikasi pendidikan atau kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah? Responden

memilih jawaban yang bervariasi yaitu ;Sesuai sebesar 65%, kadang sesuai sebesar 12%, dan tidak tahu sebesar 23%.



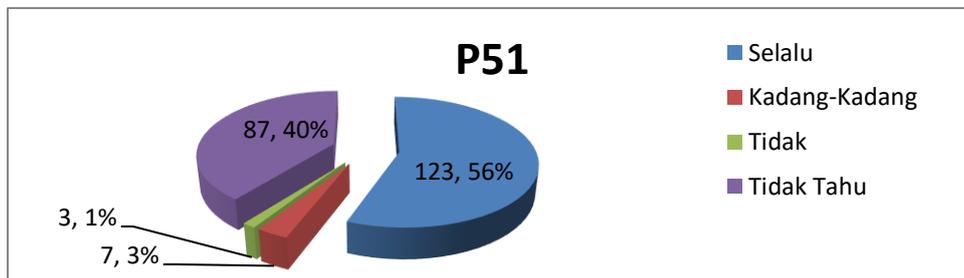
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 49) Apakah kapasitas tenaga kesehatan terkait dengan program nasional seperti pengendalian penyakit, kematian bayi maupun stunting yang terjadi di daerah ? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ;Terkait sebesar 59%, kadang terkait sebesar 8%, dan tidak tahu sebesar 33%.



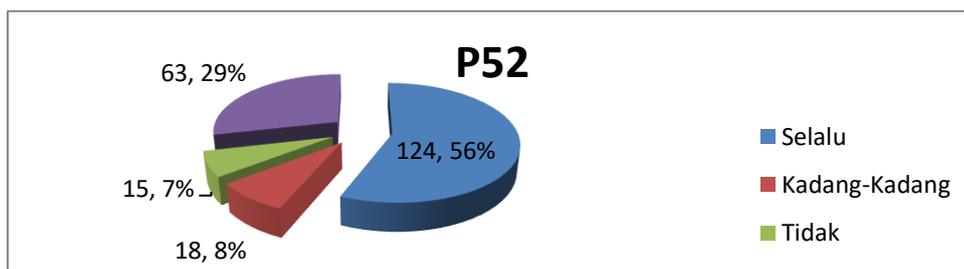
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 50) Apakah tenaga kader kesehatan diberikan reward sesuai dengan kinerja yang ditetapkan? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 66%, kadang sesuai sebesar 7%, tidak sesuai sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 22%.



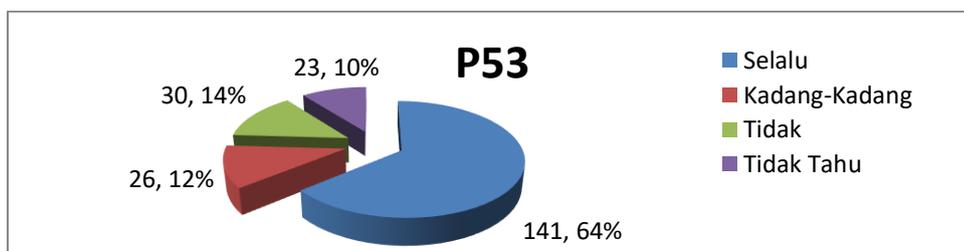
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 51) Apakah tenaga medis atau dokter diberikan sanksi bagi yang tidak bekerja sepenuhnya dalam peningkatan layanan kesehatan bagi masyarakat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Diberi sanksi sebesar 56%, kadang diberisanksi sebesar 3%, tidak diberi sanksi sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 40%.



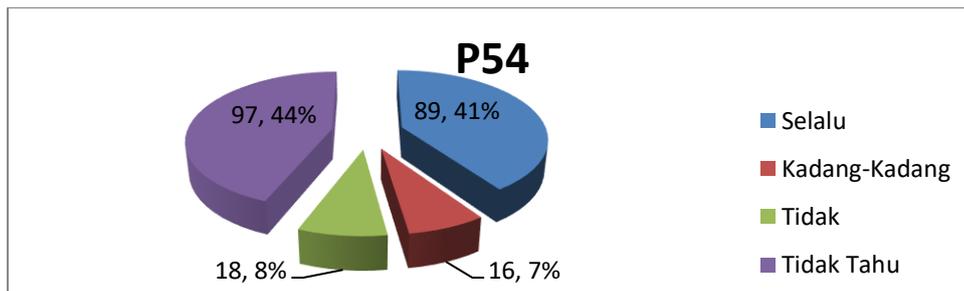
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 52) Apakah terdapat kebijakan pembiayaan kesehatan melalui komponen APBD terkait peningkatan kesehatan masyarakat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Terdapat sebesar 56%, kadang terdapat sebesar 8%,tidak terdapat sebesar 7% dan tidak tahu sebesar 29%.



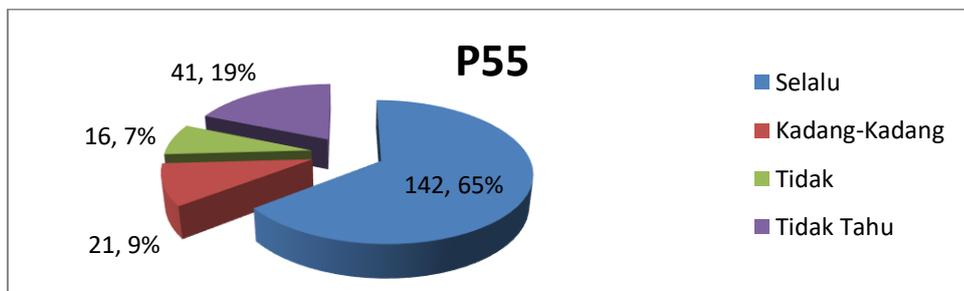
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 53) Apakah masyarakat penerima JKN atau penerima bantuan iuran mendapat pelayanan yang efektif sama seperti masyarakat yg mandiri? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Selalu sebesar 64%, kadang sesuai sebesar 12%, tidak menerima sebesar 14% dan tidak tahu sebesar 10%.



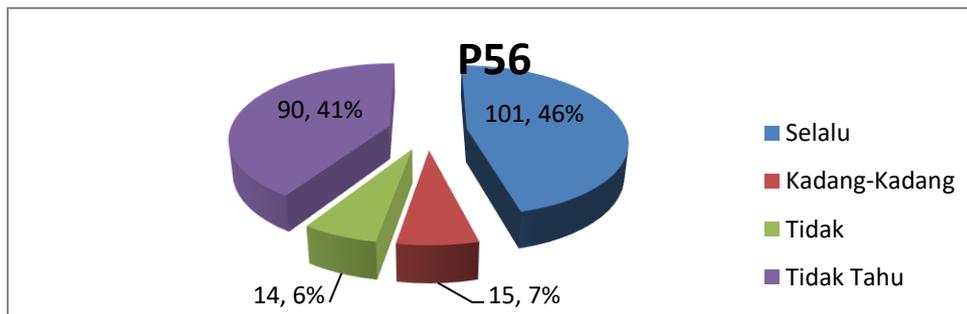
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 54) Apakah peningkatan pembiayaan kesehatan terpantau langsung pemerintah daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Terpantau sebesar 41%, kadang terpantau sebesar 7%, tidak terpantau sebesar 8% dan tidak tahu sebesar 44%.



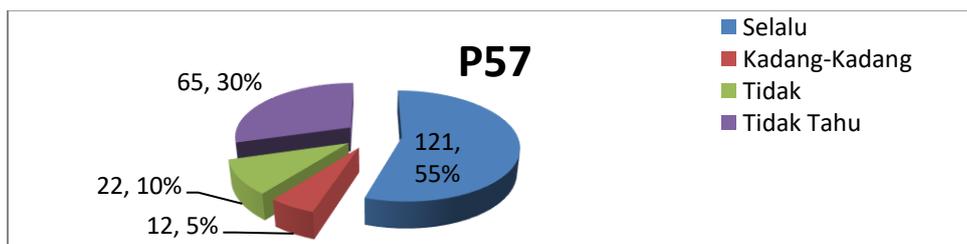
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisiner untuk pertanyaan 55) Apakah terdapat kebijakan pengembangan kapasitas layanan kesehatan di daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Terdapat sebesar 65%, kadang terdapat sebesar 9%, tidak terdapat sebesar 7% dan tidak tahu sebesar 19%.



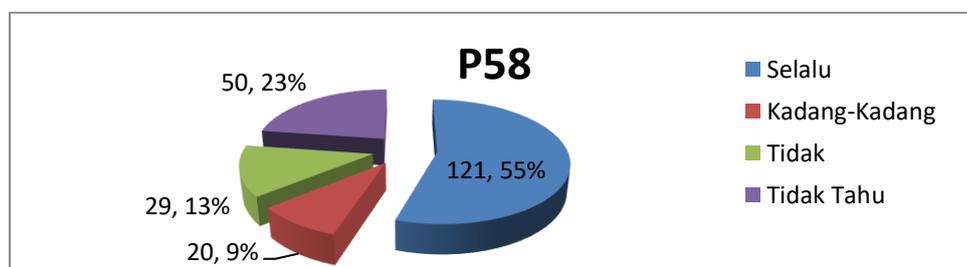
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 56) Apakah integrasi, sinkronisasi system informasi kesehatan pusat dan daerah masuk dalam system single entry? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 46%, kadang sesuai sebesar 7%, tidak sesuai sebesar 6% dan tidak tahu sebesar 41%.



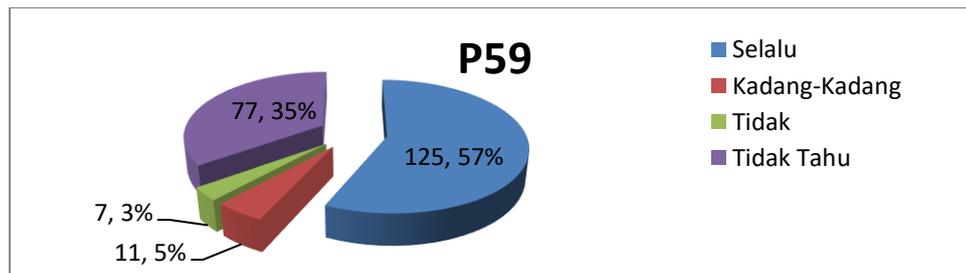
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 57) Apakah dilakukan perbaikan tata kelola bagi daerah yg memiliki masalah kesehatan untuk mencapai target nasional? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 55%, kadang dilakukan sebesar 5%, tidak dilakukan sebesar 10% dan tidak tahu sebesar 30%.



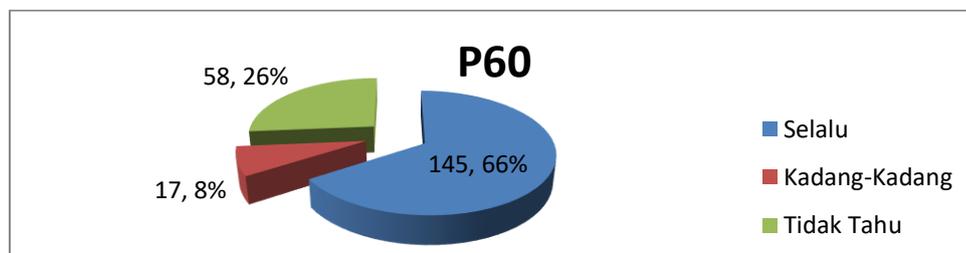
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 58) Apakah sesuai penguatan manajemen kesehatan di tingkat Kabupaten dalam kerangka otonomi pembangunan daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 55%, kadang sesuai sebesar 9%, tidak sesuai sebesar 13% dan tidak tahu sebesar 23%.



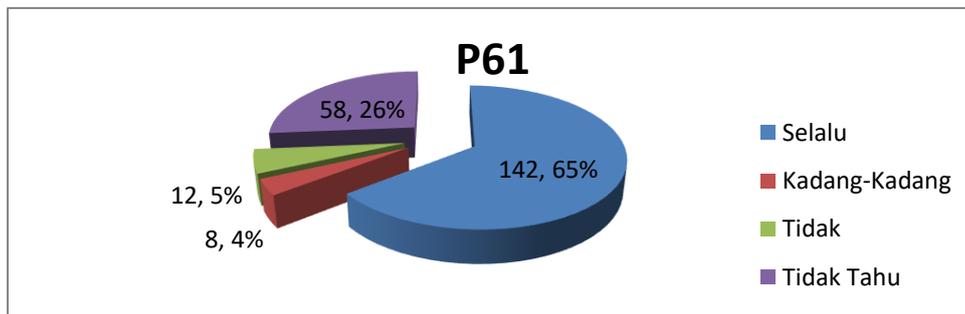
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 59) Apakah sinergisme perencanaan layanan kesehatan dari pusat, provinsi dan kabupaten? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 57%, kadang sesuai sebesar 5%, tidak sesuai sebesar 3% dan tidak tahu sebesar 35%.



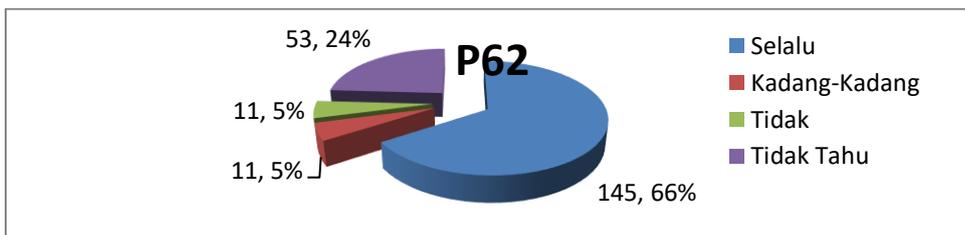
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 60) Apakah tenaga medis berkualifikasi pendidikan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ;Sesuai sebesar 66%, kadang sesuai sebesar 8%, dan tidak tahu sebesar 26%.



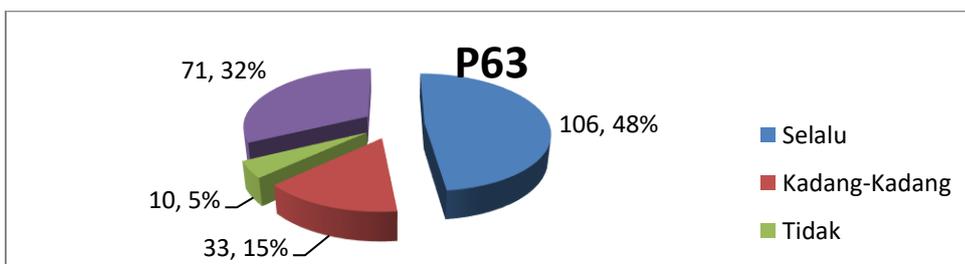
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 61) Apakah dilakukan penelitian, pengembangan dan pengkajian dalam mendukung pencapaian pembangunan kesehatan di tingkat daerah dengan Renstra kementerian kesehatan 2020-2024? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 65%, kadang dilakukan sebesar 4%, tidak dilakukan sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 26%.



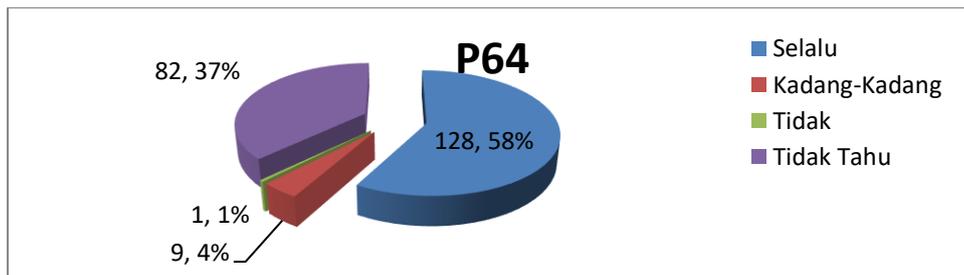
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 62) Apakah dilakukan kerjasama jejaring penelitian kesehatan dalam penguatan penelitian kesehatan Nasional? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dilakukan sebesar 66%, kadang dilakukan sebesar 5%, tidak dilakukan sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 24%.



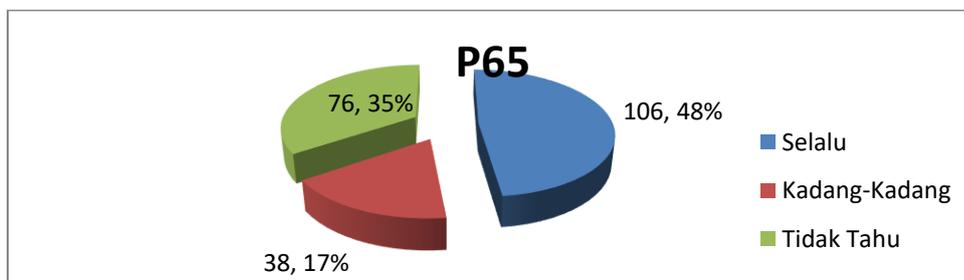
Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 63) Apakah hasil riset memberi dampak perubahan dalam bidang layanan kesehatan masyarakat di daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Sesuai sebesar 48%, kadang sesuai sebesar 15%, tidak sesuai sebesar 5% dan tidak tahu sebesar 32%.



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 64) Apakah hasil riset kesehatan dapat mendorong pemanfaatan hasil riset pada program kesehatan masyarakat di daerah? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Dimanfaatkan sebesar 58%, kadang dimanfaatkan sebesar 4%, tidak dimanfaatkan sebesar 1% dan tidak tahu sebesar 37%



Sumber Data; Data Olahan Tahun 2021

Hasil pengedaran kuisisioner untuk pertanyaan 65) Apakah poros kebijakan dalam pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan dan pengkajian dapat merumuskan perubahan yang signifikan dalam pelayanan kesehatan masyarakat? Responden memilih jawaban yang bervariasi yaitu ; Terdapat sebesar 48%, kadang terdapat sebesar 17%, dan tidak tahu sebesar 35%.



4.3. Pembahasan

4.3.1. Manajemen Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

Manajemen kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai suatu cara untuk mengelola manusia sebagai sumber daya yang memberikan pelayanan, strategi pelayanan agar proses pelayanannya menjadi lebih baik dan hasil akhirnya (kualitasnya) dapat memuaskan pelanggannya (masyarakat) pengguna jasa atau produk, sistem pelayanan serta lingkungan yang mendukung terjadinya pelayanan. Dalam menilai kualitas pelayanan yang diterapkan oleh suatu organisasi maka penulis mengacu pada teori segitiga pelayanan (*service triangle*) bahwa dalam memberikan pelayanan, komponen seperti: strategi pelayanan (*service strategy*), sumber daya manusia sebagai *service people*, sistem pelayanan atau *service system*, serta penilaian kepuasan pengguna jasa itu sendiri kesemuanya menjadi fokus perhatian dan tidak dapat terpisahkan antara yang satu dengan yang lainnya (kesemuanya saling menunjang).

Dalam manajemen pelayanan kesehatan di tingkat Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, langkah awal yang perlu di lakukan dengan menetapkan tujuan kebijakan peningkatan layanan kesehatan yang efektif dan tepat sasaran, hal ini sesuai dengan pernyataan (Trisnantoro, 2005) bahwa *Good Governance* dalam sistem kesehatan memiliki komponen penting dalam kehidupan sehari-hari, yaitu (1) pemerintah; (2) masyarakat; dan (3) kelompok pelaku pelayanan kesehatan yang dapat dianggap sebagai pelaku usaha. Semua komponen harus bekerja secara sinergis dalam suatu aturan yang komprehensif dan saling mempertimbangkan kebutuhan dan keperluan setiap komponen tersebut. Secara internal di dalam pelayanan kesehatan, maka sistem yang dibentuk harus mencakup semua aspek yang diperlukan oleh terlaksananya sistem pelayanan yang efisien dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat konsumen. Ini berarti perlu adanya *good governance* di tingkat rumah sakit, *good governance* di tingkat

bagian (Pustu, Puskesmas maupun Poliklinik) dan *good governance* di tingkat pelayanan medis/klinis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat ini masyarakat masih lebih memilih Puskesmas sebagai pelayanan pertama dan utama dari masyarakat, dengan alasan klasik dekat dari rumah, transportasi lebih hemat dan mudah keluarga untuk saling membantu. Sementara Rumah Sakit sangat tergantung dari rujukan maupun permintaan pasien untuk dirujuk kerumah sakit dengan alasan belum tersedianya tenaga dokter spesialis, sehingga bagi keluarga pasien lebih efektif berada di Puskesmas.

Hasil penelitian Rumah Sakit Bolaang Mongondow Utara secara fisik sudah memiliki kualifikasi yang baik, namun perlu memperhatikan SOP secara konsisten dan perlu memberikan kepercayaan lebih transparan kepada pasien maupun keluarga pasien, sehingga dapat mewujudkan tingkat kepuasan pasien atau masyarakat Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

Rumah sakit sebagai organ yang semula didirikan berdasarkan tujuan sosial, kemanusiaan atau keagamaan itu dalam sejarah pertumbuhannya telah mengalami perkembangan, sehingga rumah sakit berfungsi untuk mempertemukan 2 (dua) tugas yang prinsipil yang membedakan dengan organ lain yang memproduksi jasa. Rumah sakit merupakan organ yang mempertemukan tugas yang didasari oleh dalil etik medik karena merupakan tempat bekerjanya para profesional penyandang lafal sumpah medik yang diikat oleh dalil etik hippocrates dalam melakukan tugasnya. Disamping itu dari segi hukum sebagai dasar bagi wadah Rumah Sakit sebagai organ yang bergerak dalam hubungan-hubungan hukum dalam masyarakat yang diikat oleh norma hukum dan norma etik masyarakat yang kedua norma tersebut berbeda, baik dalam pembentukannya, maupun dalam pelaksanaan akibatnya bila dilanggar.

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan hak bagi masyarakat yang dilaksanakan oleh negara. Pelayanan kesehatan merupakan hak dari



rakyat dan menjadi kewajiban pemerintah. Pemerintah daerah yang menjadi fokus utama pada pelaksanaan pelayanan kesehatan. Karena pelayanan kesehatan merupakan urusan pemerintah konkuren yang diserahkan kepada daerah untuk menjadi dasar pelaksanaan otonomi daerah. Sehingga pelaksanaan pelayanan kesehatan merupakan urusan pemerintah daerah sebagai penyelenggaranya, berdasarkan peraturan umum dari pemerintah pusat sebagai bentuk pembagian urusan yang menjadi tujuan bersama.

Tujuan pembangunan pada dasarnya adalah merupakan capaian akhir yang diharapkan dari suatu kegiatan atau program, tujuan biasanya dinyatakan dalam satu rumusan. Sebagaimana dikemukakan oleh Riyadi dan Bratakusumah (2004) Tujuan pembangunan pada dasarnya adalah merupakan gambaran (deskripsi) tentang sasaran akhir yang ingin diwujudkan melalui kegiatan pembangunan. sedangkan sasaran pembangunan adalah jabaran lebih konkret tentang tujuan pembangunan tersebut. Sasaran pembangunan biasanya dirumuskan dalam bentuk target pembangunan secara makro yang harus di capai pada akhir periode pembangunan. tujuan yang sudah di tetapkan di tingkat pengelola pada lingkungan pemerintah Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat akan bersinergi dengan dengan penurunan angka kemiskinan dan pengangguran di Daerah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara sebagai selusi percepatan evaluasi kebijakan peningkatan layanan kesehatan yang prima di segala unit pelayan kesehatan daerah di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dan sasaran serta efisiensi anggaran daerah yang tepat.

Dalam peningkatan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara kerja sama antara berbagai lembaga pemerintahan dan lembaga kemasyarakatan. Lembaga-lembaga tersebut dapat diklasifikasikan berdasarkan perannya dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan. Lembaga-lembaga yang dimaksud disini adalah: 1) Dinas Kesehatan, mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan



di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara. Secara umum tugas dinas Kesehatan yaitu sebagai tim verifikasi kepesertaan BPJS. 2) Dinas Sosial, memiliki peran yaitu mendata masyarakat yang tidak mampu (miskin) 3) Kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) , yaitu memiliki tugas menyelenggarakan jaminan kesehatan kepada masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) dan masyarakat mandiri (non PBI) 4) Rumah Sakit Umum Bolmut, dalam peningkatan pelayanan kesehatan hal yang sangat penting dan menjadi tolak ukur keberhasilan peningkatan pelayanan kesehatan dilihat dari baik buruknya pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit, poliklinik, Puskesmas maupun Pustu.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat atau penduduk dalam suatu wilayah, menurut teori Bloom dalam Kasnodihardjo dkk., (1977) dapat diukur dengan menggunakan angka kematian (*mortalitas rate*) dan angka kesakitan (*morbiditas*). Lebih lanjut Bloom menjelaskan bahwa kedua indikator (tingkat mortalitas dan tingkat morbiditas) dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang memiliki pengaruh sebesar 45 persen, faktor perilaku kesehatan berpengaruh sebesar 30 persen, faktor pelayanan kesehatan sebesar 20 persen, dan faktor *keturunan* sebesar 5 persen. Keempat faktor tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi, dimana faktor lingkungan dan perilaku kesehatan yang dominan berpengaruh untuk menciptakan derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat.

Dalam menunjang layanan kesehatan yang efektif, dibutuhkan strategi pelayanan adalah suatu kebijakan (pemilihan tindakan yang meliputi perencanaan dalam mengalokasikan sumber daya) untuk memberikan pelayanan. Dalam manajemen kualitas pelayanan, strategi merupakan salah satu aspek penting yang harus diperhatikan. Tercapai atau tidaknya tujuan organisasi akan tergantung pada pemilihan strategi yang dilakukan. Strategi hendaknya harus dapat membahas masalah yang diperkirakan timbul di waktu yang akan datang yang mungkin dapat berubah-ubah. Strategi selain merupakan upaya untuk mengantisipasi keadaan yang akan datang, juga

harus memberikan arah dan dorongan kegiatan operasional pada pelaksanaan kegiatan instansi yang sedang berlangsung.

Baik atau buruknya pelayanan salah satu penilaiannya adalah sumber daya yang dimiliki. Tanpa adanya sumber daya, pemberi pelayanan tidak akan dapat memberi pelayanan secara baik. Pelayanan juga akan berlangsung dengan baik apabila memiliki sumber daya manusia yang berkualitas, karena sumber daya manusia merupakan aspek yang paling penting. Sumber daya pelayanan dapat dinilai melalui indikator-indikator:

1. *Realibility* (Kehandalan)

Kehandalan merupakan kemampuan organisasi untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan. Kehandalan petugas akan membawa kepercayaan penerima pelayanan terhadap pelayanan yang diberikan dalam kaitannya dengan waktu, yaitu penanganan masalah secara cepat dan tepat. Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas sebagai instansi milik pemerintah yang termasuk kategori bidang jasa pelayanan kesehatan membutuhkan pegawai yang memiliki kehandalan dalam pelaksanaan tugasnya agar mampu memberi kepuasan kepada masyarakat. Kehandalan dalam pelayanan kesehatan dapat diukur melalui:

a. Tingkat Efektivitas Pelayanan

Penilaian terhadap efektifitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh masyarakat terhadap Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas. Berdasarkan penilaian masyarakat yang berkaitan dengan kehandalan pegawai dalam melaksanakan kerjanya belumlah efektif karena belum mampu memberikan layanan yang cukup baik sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan terpenuhi.

b. Tingkat Optimalisasi Pelayanan

Suatu pelayanan dikatakan optimal apabila masyarakat telah puas dengan pelayanan yang diberikan, dengan demikian pekerjaan yang dilakukan telah maksimal dalam upaya memberikan pelayanan

terhadap masyarakat. Penilaian tentang optimal atau tidaknya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas. Berdasarkan penilaian yang diberikan oleh masyarakat mengenai optimal atau tidak pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, dan Puskesmas adalah kategori cukup optimal meskipun ada sedikit keluhan tentang pegawai yang mengangur karena tidak ada pekerjaan bahkan fasilitas yang tidak termanfaatkan karena SDM belum tersedia.

2. *Responsiveness* (Ketanggapan)

Responsiveness atau ketanggapan adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan dan membantu dengan segera dan tepat. Daya tanggap dapat juga dilihat dari keberadaan pegawai, tenaga medis, perawat, maupun Dokter yang selalu ada dan siap untuk melayani masyarakat serta merespon apa yang dibutuhkan oleh masyarakat dan keluhan yang disampaikan oleh masyarakat selama mereka mendapatkan pelayanan.

a. Kesiapan petugas loket dalam memberikan pelayanan yang baik.

Organisasi pelayanan yang baik harus memiliki kemampuan untuk siap dalam memberikan pelayanan di setiap waktu terutama dalam memberikan pelayanan yang baik, penilaian kesiapan petugas terutama di bagian loket penerimaan pasien dalam memberikan pelayanan yang baik dapat dilihat dari penuturan masyarakat. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pegawai maupun tenaga medis pada Rumah Sakit Daerah, poliklinik, Puskesmas maupun Pustu, tersedia namun belum memadai untuk penanganan pasien yang banyak, karena terbatasnya SDM Dokter umum dan Spesialis, namun dengan segala kekurangan tersebut Pemerintah daerah telah berupaya semaksimal untuk melakukan inovasi peningkatan layanan dengan menyediakan tenaga Dokter spesialis dengan status kontrak maupun penjaminan rumah

singah bagi pasien yang mendapat rujukan ke Rumah Sakit Daerah terdekat seperti Kotamobagu, Gorontalo maupun Manado.

b. Kesigapan pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya.

Penilaian terhadap tingkat kesigapan pegawai dalam melaksanakan kerjanya dapat dilihat dari tanggapan masyarakat sebagai berikut: Rumah Sakit Daerah, poliklinik, Puskesmas maupun Pustu terkadang belum mampu menangani semua keluhan dari masyarakat karena keterbatasan tenaga ahli dan peralatan. Meskipun demikian petugas sigap dan berusaha membantu dengan memberi surat rujukan agar keluhan tadi dapat segera ditangani di rumah sakit lain. Hal ini senada dengan penuturan pegawai rumah sakit. Dari jawaban yang dilontarkan petugas Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu menunjukkan adanya upaya kesigapan pegawai dalam menjalankan tugasnya. Dan petugas mampu memberikan pelayanan yang sebaik dan sebisa mungkin bagi keluhan masyarakat yang datang.

3. *Tangibility* (Keberwujudan)

Kenyamanan serta penampilan petugas suatu organisasi merupakan suatu bukti nyata yang dapat dinilai oleh pengguna pelayanan dalam menilai *service people*. Karakteristik atau bukti fisik ini sangat penting untuk melihat posisi dan memperkuat persepsi atau image terhadap bukti fisik dari *service people* ini. Pengelolaan pegawai sebagai sumber daya penggerak diperlukan untuk mendukung kelancaran proses pelayanan sebab keberadaan manusia penting sebagai pemberi pelayanan yang mengoperasikan sarana atau peralatan sehingga memperlancar proses pelayanan. Keberwujudan yang menjadi salah satu tolak ukur kualitas pelayanan Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dapat diukur melalui:

a. Kenyamanan

Kenyamanan akan membentuk persepsi pelanggan bahwa pelayanan yang diberikan berkualitas terutama di Rumah Sakit Daerah, Poliklinik,

Puskesmas maupun Pustu. Pelanggan belum merasakan kenyamanan secara maksimal saat berada dalam tempat pelayanan seperti gedung dan ruang tunggu yang digunakan untuk mengantri. Seperti penilaian yang diutarakan oleh pasien bahwa kenyamanan Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu dinilai cukup baik karena pasien merasa nyaman saat pelayanan berlangsung meskipun saat harus menunggu atau mengantri.

b. Kerapian pegawai

Selain kenyamanan, hal yang akan menunjang pelayanan adalah kerapian pemberi pelayanan, hal ini akan menjadi perhatian oleh pengguna layanan itu sendiri. Selain itu, bukti fisik yang sering diperhatikan masyarakat adalah seperti telah diketahui banyak orang bahwa penampilan dari petugas dalam menjalankan tugas kesehariannya mencerminkan kedisiplinan serta kualitas yang dimiliki oleh Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu. Hal ini seperti yang diutarakan masyarakat sebagai berikut: Dari beberapa pernyataan wawancara diatas dapat ditarik kesimpulan, bahwasanya pegawai di Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu sudah cukup rapi dalam memberi pelayanan. Hal ini berpengaruh besar terhadap penilaian yang diberikan oleh masyarakat.

c. Jumlah pegawai dan peralatan

Terlepas dari kerapian pegawai Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu, pengguna pelayanan cenderung akan memperhatikan fakta-fakta yang berwujud dan yang dapat dilihat sebagai bukti dari *service people* berupa jumlah pegawai dan peralatan, seperti yang diutarakan masyarakat bahwa hasil wawancara di atas dapat diketahui bahwa kenyamanan, keberadaan pegawai atau petugas serta sarana-sarana penunjang atau pelengkap pelayanan yang ada akan turut menentukan baik atau buruknya kualitas pelayanan. Sehingga faktor image dan sarana pendukung dari Rumah

Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu mampu menjadi penilaian baik buruknya kualitas yang dimiliki.

4. *Credibility* (Kepercayaan)

Diartikan sebagai kepercayaan penerima jasa terhadap pemberi pelayanan. Kepercayaan masyarakat akan timbul apabila ia telah menilai bahwa proses kerja dan hasilnya adalah baik.

a. Kedisiplinan pegawai

Kedisiplinan merupakan salah satu faktor yang mampu menumbuhkan kepercayaan dari pelanggan, hal ini mampu menjadi tolak ukur penilaian dari kualitas yang dimiliki Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu. Penilaian mengenai kedisiplinan pegawai dalam memberikan pelayanan kesehatan diutarakan masyarakat bahwa kedisiplinan yang dimiliki pegawai Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu dianggap sudah cukup baik oleh para pelanggan, hal ini terbukti dari hasil wawancara diatas.

b. Ketepatan waktu sesuai jadwal praktek

Ketepatan waktu sesuai jadwal merupakan salah satu hal yang akan menjadi tolak ukur kepercayaan yang dirasakan oleh pelanggan, sehingga apabila kepercayaan telah diperoleh dari pelanggan maka akan meningkatkan nilai kualitas dari pelayanan itu sendiri. Penilaian masyarakat mengenai ketepatan waktu sesuai dengan jadwal praktek bahwa hasil wawancara diatas diketahui bahwa terkadang dokter tidak hadir atau berhalangan, namun demikian Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu berusaha untuk mencari konfirmasi apabila tidak ada kabar dari dokter tersebut. Sehingga diharapkan pasien tidak menunggu terlalu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan hal ini menjadi kendala utama karena kurangnya SDM.

5. *Competence* (Kemampuan dan Ketrampilan Pegawai)



Diartikan bahwa setiap pemberi pelayanan harus mempunyai kemampuan dan ketrampilan sehingga ia dikatakan profesional dalam melakukan pekerjaannya. Untuk mengetahui tingkat *Competence* Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu dalam memberikan pelayanan kebersihan dapat dilihat dari:

a. Kemampuan dan ketrampilan Pegawai

Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara melakukan penilaian masyarakat terhadap kemampuan dan ketrampilan sumber daya pemberi pelayanan Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu bahwa hasil wawancara dapat diketahui bahwa menurut masyarakat untuk kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki pegawai cukup baik dan memadai karena memiliki pengetahuan tentang kesehatan. Selain itu menurut tokoh masyarakat Bolmut bahwa memang diperlukan latar pendidikan kesehatan yang sesuai dalam hal penempatan di posisi-posisi tertentu dan perlu pelatihan untuk mengembangkan kemampuan dan ketrampilan masing-masing individu.

b. Penanganan oleh pegawai

Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu, penanganan yang baik terhadap pelanggan akan mempengaruhi penilaian kualitas yang dirasakan oleh masyarakat, hal ini akan menjadi tolak ukur penilaian dari suatu kualitas pelayanan. Penilaian yang diberikan masyarakat mengenai penanganan yang diberikan pegawai Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu bahwa penanganan yang diberikan pegawai Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu dinilai sudah cukup baik karena mampu menangani keluhan segera, cepat dan tepat, sehingga pasien merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

6. Empaty (Perhatian yang tulus dari pemberi pelayanan)

Empati merupakan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada masyarakat yaitu dengan berusaha memahami keinginan yang diharapkan serta menyelesaikan masalah yang dimiliki oleh masyarakat. Empati yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu melalui pegawai atau petugas kesehatan kepada masyarakat diantaranya dapat diketahui dari hasil wawancara bahwa Rumah Sakit Daerah, Poliklinik, Puskesmas maupun Pustu telah niat baik dan perhatian kuat terhadap masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Sehingga masyarakat akan mampu merasakan pelayanan yang memuaskan dari pemberi pelayanan.

4.3.2. Model inovasi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kematian dan kelahiran penduduk di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

Pelayanan kesehatan di dunia saat ini menghadapi kondisi VUCA (volatile, uncertainty, complexity dan ambiguity) karena dihadapkan pada *disruption in healthcare*. *Disruption* sendiri menurut Clayton M Christensen adalah perubahan mendasar yang sifatnya destruktif, menggantikan seluruh cara kerja yang lama dengan pembaruan yang mendasar. Ciri khas *disruption* adalah pembaruan berbasis teknologi yang membuat sesuatu lebih mudah, lebih murah dan lebih memenuhi kebutuhan pelanggan yang juga berkembang secara dinamik.

Kabupaten Bolaang Mangondow Utara dalam menghadapi disrupsi pelayanan kesehatan telah melakukan berbagai program-program yang telah dikembangkan oleh Dinas Kesehatan bersama puskesmas-puskesmas di Kabupaten Bolaang Mangondow Utara yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

a) Public Safety Center 119.

Public safety center 119 yang di singkat PSC 119 merupakan pusa pelayanan kesehatan terpadu yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawat daruratan medis yang berada di Kabupaten Bolaang Magondow Utara yang di jadikan sebagai ujung tombak dalam pelayanan untuk mendapatkan repon cepat. Dibentuk berdasarkan Peraturan Bupati Bolaang Mangondow Utara Nomor 12 Tahun 2017 dan pada tahun 2021 dikeluarkan keputusan Bupati Kabuapten Bolaang Mangondow Utara Nomor 230 Tahun 20212 tentang izin operasional public safety center 119, dengan maksud terwujudnya jaringan pelayanan gawat darurat di Kabuapaten Bolaang Mangondow Utara yang terintegrasi dengan sistem regional, daerah sulawesi utara dan Nasional. Adapun tujuan dari PSC 119 adalah :

- a. Memberikan pertolongan pertama atas kasus kegawat daruratan medis yang terjadi di masyarakat.
- b. Memberikan bantuan rujukan ke rumah sakit atas kasus kegawatdaruratan medis yang terjadi di masyarakat.
- c. Memberikan pelayanan penanganan medis atas kasus kegawat daruratan medis yang terjadi di masyarakat sebelum mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit.
- d. Memberikan jaminan pembiayaan atas rujukan kasus kerumah sakit sampai 24 jam pertama perawatan di rumah sakit.
- e. Meningkatkan kordinasi pelayanan gawat darurat medis antra institusi yang teribat dalam penanganan kegawat daruratan medis dan
- f. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam penanganan gawat darurat medis.

Operasional dari progam PSC 119 merupakan gabungan pelayan kegawat daruratan yang ada di wilayah Kabupaten Bolaang Mangondow utara dan Dinas Kesehatan sebagai fasilitator, regulator dan penanggung

jawab kegiatan PSC 119. Pelayanan PSC dapat diakses dengan menggunakan line telpon 119.

b) Bayi LDR (lahir dan terregistrasi)

Program Inovasi Bayi “LDR” atau Bayi Lahir dan Terregistrasi merupakan program dari UPTD Puskesmas Bolangitan. Program ini di bentuk berdasarkan permasalahan tentang persalinan pada tahun 2018 di puskesmas Bolangitan yaitu masih rendahnya kunjungan ibu bersalin di fasilitas kesehatan yang hanya mencapai 68%. Program Bayi LDR ini memiliki tujuan untuk mempermudah pengurusan dokumen kependudukan anak/bayi yang baru lahir melalui kerja sama lintas sektor antara Pihak puskesmas dengan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Bolaang Mangondow Utara, serta untuk meningkatkan jumlah kunjungan ibu bersalin sebagaimana yang ada dalam indikator ke 2 program Indonesia sehat dengan pendekatan Keluarga (PISPK) tentang ibu bersalin di fasilitas kesehatan. Adapun sasaran dari program ini adalah pasangan keluarga khususnya ibu hamil. Implementasi program ini dilaksanakan dengan sosialisasi program, pelayanan persalinan, pengurusan administrasi kependudukan. Program ini dilakukan evaluasi dengan bentuk monitoring program inovasi yang dilaksanakan setiap bulan pada saat pelaksanaan rapat Bulanan.

c) GEMASAKU (Gerakan Masyarakat Sadar Kusta)

Indonesia merupakan salah satu wilayah Asia Tenggara yang menempati urutan ke tiga dunia dengan angka kejadian 23.169 penderita, sementara India menempati peringkat pertama dengan angka kejadian 83.187 penderita diikuti Brazil sebagai peringkat kedua dengan angka kejadian 29.690 penderita kusta (WHO, 2012). Dalam upaya pengendalian penyakit kusta digunakan dua indikator utama yaitu angka penemuan kasus baru atau New Case Detection Rate (NCDR), dan angka cacat tingkat II (Kemenkes RI, 2013).



Indikator NCDR menggambarkan besarnya masalah kusta dalam satu wilayah dan satu waktu sedangkan angka cacat tingkat II menggambarkan perubahan dalam penemuan kasus baru kusta. Pembagian kasus baru atau NCDR dikelompokkan dalam 2 tipe yaitu tipe Pusibasillar y (PB) dan Multibacillary (MB) (Kemenkes RI, 2013).

Maksud dari pelaksanaan kegiatan inovasi ini adalah untuk memberikan kesadaran kepada masyarakat untuk sadar akan tanda-tanda awal kusta, pada diri sendiri dan keluarga, agar tau dan mau segera berobat. Tujuan yang diharapkan dari pelayanan Inovasi ini yaitu dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam rangka menurunkan angka kecacatan karena kusta. Sasaran kegiatan inovasi ini yaitu seluruh masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bintauna Pantai dengan Kriteria sebagai berikut : Semua Kelompok Umur (0 Tahun s/d 75 Tahun keatas), Kelompok masyarakat yang Rentan (Keluarga)

Kegiatan yang dilakukan pada program inovasi GEMASAKU yaitu dengan cara memberikan sosialisasi kepada kelompok masyarakat. Petugas pelaksana pada kegiatan inovasi ini terdiri dari : Dokter, Petugas TB/Kusta, Petugas Promkes, Perawat. Pelaksanaan program ini dilakukan dengan Petugas Puskesmas melakukan sosialisasi kepada seluruh masyarakat yang ada di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bintauna Pantai mengenai Program Inovasi “GEMASAKU”

d) MARI NGOPI (Bersama Cari Dan Mengobati Penderita Hipertensi).

Mengingat begitu berbahayanya Covid-19 pasien dengan komorbiditas hipertensi memiliki resiko terinfeksi covid-19 2 kali lebih besar hal ini mengakibatkan kecemasan pada pasien dengan komorbiditas hipertensi. maka dari itu UPTD Puskesmas Tuntung membuat Inovasi MARI NGOPI (Bersam Cari Dan Mengobati Penderita Hipertensi). Dimana kegiatan ini dilaksanakan untuk mengurangi penderita hipertensi untuk mengobati penderita hipertensi dan memberikan edukasi kepada penderita hipertensi

agar selalu mengontrol dan memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan dan meminum obat secara.

Maksud dari pelaksanaan kegiatan inovasi ini adalah untuk mengetahui tekanan darah guna memantau resiko hipertensi bagi penderita hipertensi dan melakukan skrining bagi penderita yang tidak terkontrol serta memberikan edukasi kepada penderita hipertensi. Tujuan yang diharapkan dengan adanya Inovasi ini sehingga dapat menurunkan angka prefalensi penderita hipertensi mengingat hipertensi merupakan salah satu komorbiditas pemicu terjadinya kasus covid-19. Yang menjadi sasaran kegiatan inovasi ini yaitu yang berada diwilayah kerja Puskesmas Tuntung dengan Kriteria sebagai berikut : Usia 15 tahun sampai lansia, Kegiatan yang dilakukan pada program inovasi MARI NGOPI yaitu Gerakan penemuan kasus Hipertensi dan skrining lansia maupun PTM, Sosialisasi, Edukasi dan Advokasi program inovasi melalui lintas sector, Skrining dan pendataan penderita hipertensi yang tidak terkongtrol di Wilayah kerja Puskesmas Tuntung melalui Kunjungan Rumah, Edukasi penderita hipertensi agar selalu mengontrol dan berobat ke fasilitas Kesehatan.

Petugas pelaksana pada kegiatan inovasi ini terdiri dari : Dokter, Perawat, Petugas Farmasi, Sopir Ambulance. Mekanisme Pelaksanaan Program ini yaitu :

- a. Petugas Puskesmas melakukan sosialisasi kepada seluruh masyarakat yang ada diwilayah kerja UPTD Puskesmas Tuntung mengenai Program Inovasi “MARI NGOPI”
- b. Petugas Memberikan Nomor Handphone/ Call Center yang bisa dihubungi jika ada penderita hipertensi yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- c. Jika mendapat telfon dari masyarakat, Tim Kesehatan langsung menuju lokasi yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- d. Jika kondisi lansia tidak memungkinkan untuk ditangani di rumah, maka Tim membawa lansia ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan Ambulance.

e) GEMA DARTING” GERakan MencegAH DArah Tinggi

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, yang dimaksud satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut.

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan.

Di wilayah kerja Puskesmas Sangtombolang Kecamatan Sangkub Bolmong Utara, mayoritas masyarakatnya merupakan petani dan nelayan sehingga kesadaran akan kesehatan masih perlu di tingkatkan dalam hal ini khususnya penyakit darah tinggi atau hipertensi. Pada data progress PIS PK Kabupaten Bolmong Utara Tahun 2019-2020, indikator ke -7, Puskesmas Sangtombolang masih rendah yaitu 31,4. Sehingga dengan program inovasi GEMAH DARTING (Gerakan Mencegah Darah Tinggi) yang di laksanakan oleh Puskesmas Sangtombolang, dapat mencegah dan mengontrol tingkat penyakit hipertensi / darah tinggi di wilayah kerja Puskesmas Sangtombolang.

4.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi disrupsi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka stunting di Kabupaten Bolaang Mngondow Utara.

Tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996), Pertama unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua unsur lingkungan meliputi kebijakan, oeganisasi dan manajemen. Ketiga unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Dalam pelaksanaan program peningkatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara tentunya terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pelaksanaannya baik itu faktor pendukung maupun faktor penghambat dalam pelaksanaan program tersebut, diantaranya sebagai berikut;

1. Adanya komitmen pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara khususnya Bupati dan DPRD yang kuat. Komitmen Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara yaitu Bupati dan DPRD dalam Hal ini memberikan pengaruh yang sangat besar karena Bupati sebagai penentu atau yang membuat kebijakan dan DPRD sebagai fungsi legislasi, anggaran dan pengawasan. Terkait sebuah kebijakan yang



dikeluarkan oleh Bupati harus menjalin koordinasi dengan pihak DPRD dalam menjalankan atau membentuk suatu program diperlukan sebuah anggaran olehnya itu perlu dirumuskan didalam APBD yang menjadi tugas DPRD. Berdasarkan hasil pengembangan kuisisioner dan wawancara langsung, bahwa faktor utama pendukung program Brigade Kupang Sehat Kota Kupang adalah komitmen yang kuat dari Pemerintah Kota Kupang dalam hal ini Bupati dan DPRD selaku pemberi anggaran sehingga program Brigade Kupang Sehat dapat berjalan dengan baik

2. Sarana dan Prasarana Sarana dan prasarana pelaksanaan suatu inovasi atau kebijakan merupakan salah satu faktor penunjang dalam pencapaian keberhasilan proses pelaksanaan suatu inovasi atau program. Tentunya hal tersebut dapat dicapai apabila ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai disertai dengan pengelolaan secara optimal. Pada umumnya sarana dan prasarana hanya tersedia di perusahaan-perusahaan swasta sebagai lembaga komersial. Namun dewasa ini seiring dengan tuntutan pelayanan prima dan ditetapkannya Undang-Undang Republik Indonesia No 25 Tahun 2009 tentang pelayanan publik, instansi pemerintah mulai bergerak untuk memperhatikan sarana dan prasarana untuk meningkatkan pelayanan. 5 Inovasi Program Pemerintah yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Seperti Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting yang dirancang oleh Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara merupakan bagian dari inovasi pada pelayanan bidang kesehatan yang dimana pelayanan yang diberikan menggunakan sistem jemput bola. Tentunya dalam pelaksanaan inovasi pelayanan kesehatan Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting akan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat sehingga diperlukan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang agar praktiknya inovasi 5 inovasi Program Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara di lapangan dapat terlaksana sesuai tujuan dari Program *Public*



Safety Center 119, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting tersebut. Berikut kutipan wawancara dengan Kabid Dinas Kesehatan Kabupaten Bolmut yang mengatakan bahwa “sarana dan prasarana yang disediakan oleh pemerintah Bolmut untuk pelaksanaan Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting ini adalah, pemerintah telah menyediakan 4 unit armada ambulance yang telah dilengkapi dengan fasilitas kegawatdaruratan untuk melayani masyarakat dan telah membangun gedung Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting sendiri sehingga sekarang tim tidak menumpang lagi pada puskesmas di Puskesmas maupun Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan Tokoh Masyarakat mengatakan bahwa sarana dan prasarana yang telah disediakan pada awal pelaksanaan Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting adalah tersedianya 4 unit armada ambulance yang telah dilengkapi dengan fasilitas penanganan kasus kegawatdaruratan seperti tabung oksigen, botol infus, alat monitor tekanan darah, pendeteksi jantung (EKG), dan obat-obatan emergency sehingga mempermudah tim kesehatan cepat untuk melayani masyarakat yang membutuhkan penanganan emergency secara cepat. Hal ini sedikit berbeda dengan apa yang disampaikan oleh koordinator Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting yang mengatakan bahwa “untuk sarana dan prasarana yang telah disediakan sampai saat ini memang sudah ada 4 unit mobil ambulance yang telah dilengkapi dengan fasilitas kegawatdaruratan dan sudah adanya markas tim akan tetapi kami berharap kedepanya pemerintah Kabupaten Bolmut dapat menambah armada ambulance dan markas-markas Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting sehingga akses pelayanan untuk pasien tidak memakan waktu lama.

3. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia merupakan penggerak yang paling utama dalam pelaksanaan suatu program inovasi atau kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah atau instansi terkait. Meskipun program atau kebijakan yang di keluarkan bagus akan tetapi tanpa di dukung oleh sumber daya manusinya selaku penggerak utama tentunya program atau kebijakan tersebut tidak akan terlaksana dengan baik. Selain itu sumber daya manusia merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan suatu inovasi atau kebijakan. Sebuah perusahaan atau instansi bisa berkembang dengan sangat pesat apabila di dalamnya memiliki banyak sumber daya manusia yang berkompeten di bidangnya, sebaliknya pula apabila sumber daya manusia yang bekerja di instansi itu tidak berkualitas maka perkembangan dari pelaksanaan suatu inovasi atau program juga akan terhambat. Inovasi program Brigade Kupang Sehat yang di buat oleh Pemerintah Kota Kupang dilaksanakan oleh tim Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting yang memiliki 44 sumber daya manusia sebagai penggerak utama dalam suatu kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam hal ini inovasi Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting Kabupaten Bolaang Mongondow Utara. Untuk sumber daya manusinya memang saat ini telah ada 8 dokter, 26 perawat sebagai petugas kesehatan yang profesional karena telah diberi pelatihan terlebih dahulu. ditambah lagi dengan 8 orang tenaga sopir serta 2 orang petugas kebersihan yang siap melayani masyarakat Kabupaten Bolaang Mongondow Utara.

Berdasarkan hasil kutipan wawancara dengan beberapa informan diatas maka, penulis mengambil kesimpulan bahwa sumber daya manusia sebagai penggerak utama dalam proses terlaksananya program Program *Public Safety Center 119*, Bayi LDR, Gemasaku, Maringopi, dan Gemah Darting sudah cukup baik. Adapun sumber daya manusia tersebut terdiri

dari 8 orang dokter, 26 perawat atau bidan yang telah mengikuti pelatihan dan telah bersertifikat yang memudahkan mereka dalam menangani pasien gawat darurat serta dibantu juga oleh 8 orang tenaga sopir dan 2 orang petugas kebersihan.

4.4 Hasil Temuan

Berhasil atau tidaknya program pemerintah, dapat dilihat dari tercapai atau tidak tercapainya tujuan dari program tersebut. Target adanya suatu program peningkatan layanan kesehatan tidak hanya bertujuan untuk mengurangi angka stunting dan derajat kesehatan secara totalitas, namun juga berupaya untuk mewujudkan masyarakat yang berdaya melalui pelaksanaan yang efektif sehingga tujuan dapat tercapai. Keberhasilan suatu program dapat dilihat melalui pengukuran efektivitas. (Makmur, 2011), Oleh karena itu, pengukuran efektivitas diperlukan karena efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan di dalam setiap organisasi, kegiatan, atau program. Selain efektivitas ada beberapa evaluasi berdasarkan indikator yang telah ditetapkan yaitu efektivitas (*Effectiveness*), Pemerataan (*Equity*), Responsibilitas (*Responsiveness*), Ketepatan Penanganan (*Appropriateness*), serta manfaat tambahan (*Marginal rate of return*).

a) Efektivitas (*Effectiveness*)

Efektivitas mengandung pengertian taraf tercapainya suatu tujuan tertentu, hal ditinjau dari segi hasil. Kriteria yang digunakan untuk mengukur efektivitas suatu organisasi ada tiga pendekatan yang bisa atau dapat digunakan, seperti yang dikemukakan oleh Martani dan Lubis (1987:55), yakni:

1. Pendekatan Sumber (*resource approach*) yakni mengukur efektivitas dari input. Pendekatan mengutamakan adanya keberhasilan organisasi untuk memperoleh sumber daya, baik fisik maupun nonfisik yang sesuai dengan kebutuhan organisasi.

2. Pendekatan proses (*process approach*) adalah untuk melihat sejauh mana efektivitas pelaksanaan program dari semua kegiatan proses internal atau mekanisme organisasi.
3. Pendekatan sasaran (*goals approach*) dimana pusat perhatian pada output, mengukur keberhasilan organisasi untuk mencapai hasil (*output*) yang sesuai dengan rencana.

Berdasarkan hasil temuan di objek penelitian tentang disrupsi pelayanan kesehatan Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, ada beberapa program peningkatan derajat kesehatan melalui peningkatan layanan kesehatan seperti: 1) Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak; 2) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita; 3) Program Perbaikan Gizi Masyarakat; 4) Program Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Menular; 5) Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Dan Kesehatan Jiwa; 6) Program Upaya Kesehatan Masyarakat; 7) Program Obat Dan Perbekalan Kesehatan; 8) Program Pengawasan Obat Dan Makanan; 9) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia; 10) Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan; 11) Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin; 12) Program Pengadaan, Peningkatan Dan Perbaikan Sarana Dan Prasarana Puskesmas/ Puskemas Pembantu Dan Jaringannya; 13) Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan; 14) Program Pengadaan, Peningkatan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata; 15) Program Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata; 16) Program Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat; 17) Program Pengembangan Lingkungan Sehat; 18) Program Pengembangan Obat Asli Indonesia; 19) Program Pelayanan Administrasi Perkantoran; 20) Program Peningkatan Sarana Dan Prasarana Aparatur; dan 21) Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur.



Dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, dari segi fasilitas fisik cukup inovatif mulai dari pengadaan bangunan Rumah Sakit Daerah yang memadai dan beberapa kelengkapan fasilitas kesehatan lainnya, dan hal ini memberi dampak yang signifikan Indeks Harapan Hidup tahun 2020 67,17% dan tahun 2021 meningkat menjadi 67,23 % target capainnya. Pemerintah Kabupaten Bolaang Mongondow Utara telah memaksimalkan seluruh program peningkatan kesehatan untuk menjamin derajat kesehatan masyarakat pada kondisi aman, dan hal ini juga seirama dengan prestasi yang telah di raih oleh Daerah sebagai Kabupaten yang angka penanggulangan Stunting tertinggi di tingkat Provinsi Sulawesi Utara.

Dengan demikian inovasi 21 program pemerintah daerah yang dicanangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten memberi dampak yang signifikan dan dapat diukur tingkat efektivitasnya berdasarkan pendekatan input, proses dan output. Dari hasil evaluasi input yang telah di jelaskan bahwa ketersediaan dan konsistensi program pelayanan kesehatan perlu menggunakan kriteria sebagai SOP penyelenggaraan secara menyeluruh belum dilakukan secara menyeluruh pada program perlu didekatkan berdasarkan tingkan kebutuhan masyarakat terdampak, kesederhanaan syarat peserta termasuk mudah, ketersediaan data dalam menentukan penerima bantuan belum sepenuhnya menggunakan data yang sama, keakuaratan data belum akurat, kesesuaian program dengan kebutuhan masyarakat sasaran sudah sesuai, kapabilitas sumber daya personil /pelaksana termasuk baik, selanjutnya evaluasi pada proses pelaksanaan bantuan meliputi pendekatan perencanaan program yang digunakan perlu di tingkatkan partisipasi masyarakat, ketersediaan dan konsistensi mekanisme penetapan sasaran cukup sesuai, tingkay koordinasi antar lembaga kurang efektif, sosialisasi dan edukasi kurang efektif, ketepatan jumlah dana yang disalurkan cukup efektif. ketepatan waktu penyaluran bantuan cukup tepat, evaluasi dan monitoring kurang efektif. penerapan

good governance kurang efektif. selanjutnya evaluasi output meliputi ketercapaian target tidak tercapai, peningkatan jumlah penerima program meningkat, kesinambungan program cukup efektif, peningkatan kesejahteraan penerima cukup efektif.

Berdasarkan evaluasi input, proses dan output maka dapat dikatakan bahwa efektifitas pada kebijakan distrupsi pelayanan kesehatan Di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara sudah efektif dan masih perlu dilakukan perbaikan inovasi kebijakan yang lebih menyentuh rakyat secara fisik dan psikis sehingga dapat dinyatakan secara nyata oleh masyarakat.

b) Pemerataan (Equity)

Pemerataan dalam kebijakan publik dapat juga diartikan suatu keadilan yang diberikan dan diperoleh dari suatu kebijakan publik. Berdasarkan data temuan di lapangan oleh peneliti terkait dengan gejala pendistribusian dana yang dilakukan sudah adil yang disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan layanan kesehatan seperti pada Pustu, poliklinik, Puskesmas RSUD yang di dukung oleh SDM yang handal. Pasien atau masyarakat penerima program layanan kesehatan pada dasarnya menikmati program namun belum belum menyadari sepenuhnya dampak tersebut.

c) Responsivitas (Responsiveness)

Responsivitas dapat juga dikatakan respon dari suatu aktivitas. Menurut William N Dunn bahwa indikator responsivitas itu dilihat dari seberapa jauh kebijakan tersebut menjawab kebutuhan masyarakat (Dunn, 2000 : 437). Kriteria responsivitas melihat kesesuaian antara 10 program bantuan kemiskinan dengan keinginan masyarakat ataupun kebutuhan masyarakat. Program peningkatan derajat kesehatan yang di lakukan pemerintah daerah perlu memperhatikan kebutuhan masyarakat terdampak stunting. Hanya karena terkendala besaran anggaran dan sumber daya sehingga responsibilitas terhadap kebutuhan layanan kesehatan masyarakat belum mampu secara cepat di penuhi tetapi dilakukan secara bertahap.

e) Ketepatan Penanganan (*Appropriateness*)

Untuk menilai ketepatan penanganan program layanan kesehatan baik di tingkat Pustu, poliklinik, Puskesmas maupun Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara dapat dilihat dari pengukuran ketepatan (2,3 M) dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Ketepatan Sasaran: sasaran penyediaan fasilitas dan manfaat Program belum sepenuhnya tepat sasaran karena penggunaan data belum sepenuhnya menggunakan data yang sama terbukti bahwa masih ada ditemukan masyarakat yang enggan berkunjung ke pustu atau Puskesmas karena trauma.
- 2) Ketepatan Jumlah: jumlah bantuan yang diterima pada program bantuan pemerintah Kabupaten Bolmut pada tahun 2020 secara umum telah memenuhi ketepatan jumlah penerima berdasarkan surat keputusan yang dikeluarkan oleh Bupati maupun oleh dinas terkait.
- 3) Ketepatan Waktu: waktu layanan kesehatan di tingkat Pustu, Poliklinik, Puskesmas dan Rumah sakit Daerah sudah baik namun cenderung kurang sigap karena keterbatasan SDM tenaga dokter spesialis maupun fasilitas yang kurang lengkap.
- 4) Ketepatan pemanfaatan fasilitas untuk peningkatan layanan kesehatan.
- 5) Ketetapan Kualitas: pada inovasi layanan kesehatan dalam mendukung program penanggulangan stunting di daerah.

f). Manfaat Tambahan (*marginal rate of return*)

Hasil kebijakan pemerintah daerah pembangunan manusia khususnya dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat diharapkan dapat memberikan multiplier effect bagi masyarakat untuk dapat peningkatan perekonomian wilayah secara makro dan mikro, selain berpengaruh terhadap pengentasan kemiskinan dan pengurangan pengangguran juga membawa manfaat lain bagi masyarakat di Kabupaten Bolaang Mongondow



Utara. Berdasarkan hasil temuan lapangan maka dapat dijelaskan manfaat inovasi kebijakan pemerintah dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan berdampak secara langsung pada nilai edukasi masyarakat akan pentingnya harapan hidup, sehingga memberi ruang kepada masyarakat untuk dapat meningkatkan ekonomi dan kesejahteraan keluarga serta mampu meningkatkan pendidikan anak secara berkelanjutan.

Manfaat tambahan bagi masyarakat masyarakat lebih sering berobat ke Puskesmas hal ini dapat dibuktikan dengan jumlah pilihan masyarakat sebagai berikut: Puskesmas sebesar 85%, Pustu sebesar 11%, Rumah Sakit sebesar 2% dan Poliklinik sebesar 2%. Dengan alasan yang substansial adalah jaraknya terdekat dengan rumah pasien, pelayanannya cepat, jaraknya tidak membutuhkan ongkos yang besar. Bahkan dalam pelayanan ibu dan bayi terpenuhi dengan baik saat berobat dengan skor terpenuhi sebesar 71%, kadang terpenuhi sebesar 8%, tidak terpenuhi sebesar 3% dan tidak tahu sebesar 18%. Namun dari segi pelayanan kendaraan Ambulance di tingkat Desa, masyarakat sangat mengharapkan bantuan pemerintah karena letak geografis dari daerah Kabupaten Bolmut bergunung sehingga memberi dampak kurang mendukung, sehingga responden cukup mengharapkan ketersediaan Ambulan yang siaga ada di desa polosok, hal ini sebagaimana sebaran kuesioner keberadaa Abulance di Desa ; tersedia sebesar 11,8%, kadang tersedia sebesar 23,2%, tidak tersedia sebesar 57,7% dan tidak tahu sebesar 7,3%.

Program bantuan kesehatan diberikan kepada organisasi/desa, sehingga pemanfaatannya tidak bisa dinikmati perorangan dalam bentuk materi tetapi kedalam bentuk tercapainya kesehatan masyarakat. Begitupun manfaat bantuan pemerintah memberikan manfaat pada tersediannya rasa nyaman masyarakat untuk dapat meningkatkan ekonomi layak bagi kehidupan masyarakat serta memberikan manfaat dana bisa di gunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari namun secara totalitas bahwa

program inovasi pemerintah belumlah memberikan manfaat langsung bagi masyarakat secara individual belum berpengaruh.

4.5 Rekomendasi

Hasil penelitian ini merekomendasikan beberapa hal penting dalam Distrupsi Pelayanan kesehatan di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara Provinsi Sulut yaitu ;

1. Karakteristik organisasi pelaksana perlu dilakukan penyamaan persepsi yang sama sampai ketingkat bawah, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pengawasan program pemerintah Kabupaten dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
2. Kebijakan pemerintah Daerah berhubungan dengan tingkat derajat peningkatan kesehatan masyarakat perlu di evaluasi secara khusus antara Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu secara konsisten.
3. Sinergitas dan komunikasi peningkatan layanan kesehatan antar organisasi dilevel Nasional, Provinsi, Kabupaten, Kecamatan dan Desa harus sinergi sesuai dengan SOP yang telah dibuat.
4. Disposisi dan sikap pelaksana program perlu menguasai secara mendalam tentang mekanisme dan juknis penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara efektif.
5. Pemerintah Daerah perlu menyiapkan SDM tenaga medik/non medik (Perawat, tenaga ahli, Dokter dll) sejak dini dalam bentuk kemitraan dengan Perguruan Tinggi penghasil tenaga medis yang siap kerja untuk mendukung kinerja peningkatan layanan kesehatan di Kabupaten Bolmut.
6. Pemerintah daerah dengan segera menyediakan Unit Transpusi Darah (UTD) sebagai bentuk penjaminan kesehatan masyarakat dalam pertolongan gawat darurat.

7. Pemerintah daerah perlu menyediakan fasilitas laboratorium dan SDM yang dibutuhkan dalam peningkatan layanan kesehatan di daerah.
8. Pemerintah daerah segera membangun kemitraan dengan penyedia obat-obatan (Apotik Profesional dan berlisensi) dalam mendukung pelayanan Rumah Sakit, Puskesmas maupun Pustu di Wilayah Kabupaten Bolmut.
9. Pemerintah Daerah perlu melakukan evaluasi secara kontinue dalam pengelolaan Manajemen Rumah Sakit Daerah secara transparan dan objektif sesuai kebutuhan pengembangan Rumah Sakit Menuju Tipe B.
10. Untuk mendukung Program penanggulangan Angka Stunting di Daerah, kiranya OPD terkait perlu melakukan inovasi regulasi program dalam bentuk sentuhan fisik seperti melalui penguatan keluarga korban stunting melalui program stimulus rumah mahyani atau bantuan beasiswa bagi keluarga yang terdampak stunting.

DAFTAR PUSTAKA

- Arundel, Anthony and Huber, Dorothea. 2013. From too Little to too Much Innovation ? Issues in Measuring Innovation in the Public Sector. *Structural Change and Economic Dynamics* 27: 146–159.
- Arundel, Anthony; Bloch, Carter and Ferguso, Barry. 2019. Advancing Innovation in the Public Sector: Aligning Innovation Measurement with Policy Goals. *Research Policy* 48 (3): 789-798.
- Afzal, dkk. 2012. *Relationship among education, Health and Economic Growth in Pakistan: An Econometric Analysis (online)*, (<http://www.proquest.co.uk/en-UK.html>).
- Andrei Ramani, 2014, *Hubungan Indeks Pembangunan Manusia Dengan Indikator Penyakit, Lingkungan, Dan Gizi Masyarakat (Analisis Data*

Sekunder Negara Anggota UNDP) Jurnal IKESMA Volume 10 Nomor
1 Maret 2014

During The Coronavirus (Covid-19) Pandemic In Indonesia. *Jurnal
Administrasi Kesehatan*.

Faustino Cardoso Gomes, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, (Yogyakarta:
Andiyogya, 2002).

MiftahThoha, *Manajemen Kepegawaian di Indonesia*, (Jakarta: Kencana,
2005),

Miles, M.B, Huberman, A.M, dan Saldana, J. 2014. *Qualitative Data Analysis,
A Methods Sourcebook*, Edition 3. USA: Sage Publications.
Terjemahan Tjetjep Rohindi Rohidi, UI-Press.

Moleong, Lexy J. 2015. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja
Rosdakarya.

Noor, M. Thamrin. 2005. "Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap
Kemiskinan di Kabupaten Kotawaringin Kalimantan Tengah" *Jurnal
Aplikasi Manajemen*, Vol.3, No.2, Agustus 2005.

Notoatmodjo Soekidjo. 2009. *Pembangunan Sumber Daya Manusia*. Jakarta:
Rineka Cipta.

Ravallion Martin and Shaohua Chen. 2008. *The Developing World Is Poorer
Than We Thought, But No Less Successful in the Fight against
Poverty*. The World Bank Development Research Group August 2008
Research Paper No. 2004/4.

Rocklöv, J., & Sjödin, H. (2020). High population densities catalyse the
spread of COVID-19. *Journal of Travel Medicine*, 27(3), 1–2.

Saenab. 2017. Inovasi Pelayanan Publik Dalam Pelayanan Kesehatan
Melalui Program Home Care (Dottorotta) di kota Makassar (*The
Innovation Of The Public*

Sinambela, dkk. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta : PT Bumi
Aksara

Soekidjo Notoatmodjo, *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, (Jakarta:
Rineka Cipta, 2003).

Sumodiningrat, Gunawan. *Mewujudkan Kesejahteraan Bangsa*. Jakarta: PTElex Media Komputindo.

Setyawan, F. E. B., & Lestari, R. (2020). *Challenges of Stay-At-Home Policy Implementation*.

Todaro, Michael P. 1997. *Pembangunan Ekonomi Di Dunia Ketiga*. Edisi Ke Enam, Alih Bahasa : Drs. Haris Munandar, M. A., Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama.

Taufiq, Ahmad dkk. *Upaya Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Lokal*.

UNDP (United Nations Development Programme). 2010. *Human Development Report 2010*. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. UNDP, New York.

Usman, Sunyoto. 2004. *Pembangunan Dan Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Valkama, P., Stephen, J. B., & Ari-Veikko, A. (2013). Contexts and Challenges of Organizational Innovation in Public Services. In Pekka, Valkama; Stephen, J. Bailey and Ari-Veikko, Anttiroiko (Eds.), *Organizational Innovation in Public Services Forms and Governance* (pp. 3-12). Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.

World Bank. 2002. *World Development Report 2002 (Overview): Building Institutions for Markets*. <http://dx.doi.org/10.1596/0-8213-5016-1>

World Bank.(2020). *East Asia and Pacific in the Time of Covid-19*. World Bank East Asia and Pacific Economic Update. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1565-2>

BPS.Sulut 2021

BPS Bolmut Tahun 2021

Rencana Jadwal Penelitian

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021

No	Keterangan	Oktober	November	Desember
1	Kordinasi Tim peneliti	XX		
2	Penyusunan Draf Penelitian	XX XX		
3	Presentase Draf/ Pertemuan Diskusi	XX	XX	
4	Pelaksanaan Penelitian	XX XX	XX XX	XX XX XX XX
5	Analisis Data Penelitian		XX XX	XX XX XX XX
6	Pelaporan			XX XX XX

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021

Pembiayaan Penelitian

No	Keterangan	Satuan	Volume	Harga Satuan	Jumlah	Total
1	Biaya Langsung Personil					
a	Biaya Honor					
	Ketua Peneliti (Prof.Dr. H. Asna Aneta, M.Si)	OJ	160	60,000	9,600,000	
	Sekretaris (Dr. Ariawan, S.Psi.,SE.,MM)	OJ	160	50,000	8,000,000	
	Anggota 1 (Dr. Muchtar Ahmad, SE.,M.Si)	OJ	160	50,000	8,000,000	
	Anggota 2 (Dr. Fatma M. Ngabito, S.IP.,M.Si)	OJ	160	50,000	8,000,000	
	Anggota 3 (Dr. Dwi Indah Solihin, M.Si)	OJ	160	50,000	8,000,000	
	Anggota 4 (Lukman Samatowa, S.Si.,M.Pd)	OJ	160	50,000	8,000,000	
b	Uang saku Rapat (6 Peneliti X 2 Rapat)	OP	12	150,000	1,800,000	
c	Pengolah data	Penelitian	1	1,500,000	1,500,000	
						52,900,000
2	Biaya Langsung Non Personil					
a	Biaya Kantor (ATK meliputi Kertas, balpoint, map, hetter, gunting, dll)					-
	Sekretariat Peneliti	Paket	1	300,000	300,000	
	Alat Tulis Kantor	Unit	3	200,000	600,000	
	Komunikasi/internet/pulsa (^ orang X 3 Bulan)	OB	12	100,000	1,200,000	
b	Biaya Perjalanan Dinas	OK (kali)				-
	Kota Gorontalo Ke Kab Bolaang Mangondow Utara (3 mobil X 12 Hari)	OK (kali)	36	400,000	14,400,000	
	Transportasi lokal Peneliti di kota Bolaang Mangondow Utara	OK (kali)	6	400,000	2,400,000	
	BBM Transportasi di 6 lokasi (2 kali isi X 3 Mobil X 6 Lokasi)	OK (kali)	36	200,000	7,200,000	
	Penginapan					-
	Kab Bolaang Mangondow Utara (12 Hari X 3 Kamar)	OH	18	350,000	6,300,000	
	Biaya Konsumsi	OP				-
	Kab Bolaang Mangondow Utara (6 orang X 2 Kali X 12 hari)	OP	144	27,500	3,960,000	
	Biaya Konsumsi Rapat	OP	10	150,000	1,500,000	
	Sewa Peralatan	Unit				-
	Alat Penunjang Pelaksana Penelitian	Unit	6	85,000	510,000	

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021

	(Kamera/Perekam)					
k	Biaya Penyusunan laporan	Paket			-	
	Desain Cover/Lay out	Unit	1	100,000	100,000	
	Laporan Mingguan	Paket	4	100,000	400,000	
	Laporan Akhir	Unit	1	200,000	200,000	
					-	39,070,000
	Jumlah Total				91,970,000	91,970,000
	Sembilan Puluh Satu Juta Sembilan Ratus Tujuh Puluh Ribu Rupiah					

15. Apakah dilakukan sosialisasi penguatan system surveilans gizi ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 16. Apakah dilakukan pendampingan ibu hamil untuk menjamin asupan gizi yg berkualitas ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 17. Apakah dilakukan pendampingan Baduta untuk Asi Eksklusif, makanan pendamping Asi dan stimulasi adekuat ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 18. Apakah dilakukan promosi budaya hidup sehat dan edukasi literasi keseatan stunting dimasyarakat ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 19. Apakah dilakukan revitalisasi Posyandu, posbindu, UKS dan UKBM di Desa ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 20. Apakah dilakukan sosialisasi pelabelan pangan, kampanye makan ikan, makan buah dan sayur dan diet seimbang ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 21. Apakah anda dalam meningkatkan metode/cara promosi kesehatan, melalui TV spot, leaflets, booklet, media social ?
 Ya Tidak Tidak tahu
 22. Apakah dilakukan sosialisasi aksi multisektoral untu mendorong penyediaan ruang terbuka public, olahraga, stop smoking, dan lingkungan sehat ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 23. Apakah dilakukan sosialisasi mendorong regulasi pemerintah untuk pembangunan berwawasan kesehatan secara ruti ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
- 2) Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan Dilaksanakan melalui strategi.
24. Apakah dilakukan peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan di daerah bapak Ibu ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 25. Apakah pengembangan dan pelaksanaan rencana induk nasional penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan pemerintah daerah ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 26. Apakah penyempurnaan standar pelayanan kesehatan dilakukan oleh manajemen layanan kesehatan daerah ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 27. Apakah pemanfaatan inovasi teknologi layanan kesehatan termasuk labolatorium kesehatan dilakukan secara bertahap oleh pelaksana manajemen layanan kesehatan ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 28. Apakah perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan telemedicine, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online dalam layanan kesehatan di daerah dilakukan ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 29. Apakah kendali mutu dan kendali biaya dalam pengembangan layanan kesehatan di manajemen Puskesmas, Rumah sakit Pembantu dan Rumah Sakit Daerah dilakukan ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 30. Apakah dilakukan penguatan kemampuan bagi rumah sakit daerah secara khusus?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 31. Apakah penguatan layanan kesehatan secara sistemik seperti tenaga kesehatan, jejaring kesehatan, promosi kesehatan dilakukan di puskesmas, ataupun Rumah Sakit ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
 32. Apakah penguatan kepemimpinan dan manajemen layanan kesehatan di lakukan oleh daerah dalam meningkatkan playanan prima ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu

33. Apakah dilakukan perbaikan pengelolaan limbah medis failitas layanan kesehatan dan pengendalian bahan berbahaya serta beracun di lingkungan tempat layanan kesehatan pemerintah?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
- 3) Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dilakukan melalui strategi.
34. Apakah ada inovasi dalam layanan kesehatan dan pengendalian vector di pusat-pusat layanan kesehatan daerah ?
 Ada Inovasi Kadang-kadang Tidak ada Inovasi Tidak tahu
35. Apakah terdapat penguatan tata laksana penangan penyakit dan cedera di pusat layanan kesehatan daerah ?
 Terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu
36. Apakah terdapat penguatan sanitas berbasis masyarakat ? ?
 Terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu
37. Apakah akses air bersih dan perilaku higienis di tingkat tenaga medis dan lingkungannya terjaga ?
 Terjaga Kadang-kadang Tidak terjaga Tidak tahu
38. Apakah terdapat penguatan kebijakan dalam pembiayaan layanan kegawatdaruratan kesehatan bagi masyarakat ?
 Terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu
39. Apakah dilakukan penguatan layanan kesehatan melaluipeningkatan fasilitas labolatorium kesehatan di daerah ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
40. Apakah tenaga medis melakukan pelaporan dan pengawasan langsung penyakit yang berpotensi wabah atau penyakit baru muncul ?
 Melaporkan Kadang-kadang Tidak melaporkan Tidak tahu
41. Apakah pihak manajemen pelayanan kesehatan masyarakat membangun siste, kewaspadaan dini?
 Melakukan Kadang-kadang Tidak melakukan Tidak tahu
42. Apakah manajemen pelayanan kesehatan daerah membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat ?
 Merespon cepat Kadang-kadang Tidak merespon Tidak tahu
- 4) Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan Meningkatkan akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan dilakukan melalui strategi.
43. Apakah pihak manajemen kesehatan daerah memastikan ketersediaan obat esensial dan vaksin bagi masyarakat sesuai standar kesehatan di Puskesmas ?
 Memastikan Kadang-kadang Tidak memastikan Tidak tahu
44. Apakah tenaga medis melakukan pelaporan dan pengawasan langsung penyakit yang berpotensi wabah atau penyakit baru muncul ?
 Melaporkan Kadang-kadang Tidak melaporkan Tidak tahu
45. Apakah dalam manajemen layanan kesehatan menerapkan system data dan informasi pengelolaan logistik obat dan terdistribusi dalam penguatan layanan kesehatan bagi masyarakat ?
 Menerapkan Kadang-kadang Tidak menerapkan Tidak tahu
46. Apakah dalam manajemen layanan kesehatan tersedia vaksis yang halal melalui roadmap vaksin halal ?
 Tersedia Kadang-kadang Tidak tersedia Tidak tahu

- 5) Meningkatkan pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar dilakukan melalui strategi.
47. Apakah tenaga medis berkualifikasi pendidikan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
48. Apakah tenaga dokter spesialis di rumah sakit sesuai kualifikasi pendidikan atau kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
49. Apakah kapasitas tenaga kesehatan terkait dengan program nasional seperti prngrndalian penyakit, kematian bayi maupun stunting yang terjadi di daerah ?
 Terkait Kadang-kadang Tidak terkait Tidak tahu
50. Apakah tenaga kader kesehatan diberikan reward sesuai dengan kinerja yang ditetapkan ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
51. Apakah tenaga medis atau dokter diberikan sanksi bagi yang tidak bekerja sepenuhnya dalam peningkatan layanan kesehatan bagi masyarakat ?
 Diberikan sanksi Kadang-kadang Tidak diberi sanksi Tidak tahu
- 6) Terjaminnya pembiayaan kesehatan Meningkatkan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui strategi.
52. Apakah terdapat kebijakan pembiayaan kesehatan melalui komponen APBD terkait peningkatan kesehatan masyarakat ?
 Terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu
53. Apakah masyarakat penerima JKN atau penerima bantuan iuran mendapat pelayanan yang efektif sama seperti masyarakat yg mandiri ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
54. Apakah peningkatan pembiayaan kesehatan oleh swasta terpantau langsung pemerintah daerah ? ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
- 7) Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih Meningkatkan sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih dilakukan melalui strategi.
55. Apakah terdapat kebijakan pengembangan kapasitas layanan kesehatan di daerah ?
 Tidak terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu
56. Apakah integrasi, sinkronisasi system informasi kesehatan pusat dan daerah masuk dalam system single entry ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
57. Apakah dilakukan perbaikan tata kelola bagi daerah yg memiliki masalah kesehatan untuk mencapai target nasional ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
58. Apakah sesuai penguatan manajemen kesehatan di tingkat kabupaten dalam kerangka otonomi pembangunan daerah ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
59. Apakah sinergisme perencanaan layanan kesehatan dari pusat, provinsi dan kabupaten ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
60. Apakah tenaga medis berkualifikasi pendidikan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan oleh unit layanan kesehatan di daerah ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
- 8) Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan. Meningkatkan efektivitas pengelolaan



penelitian dan pengembangan kesehatan untuk pengambilan keputusan dilakukan melalui strategi.

61. Apakah dilakukan penelitian, pengembangan dan pengkajian dalam mendukung pencapaian pembangunan kesehatan di tingkat daerah dengan Renstra kementerian kesehatan 2020-2024 ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
62. Apakah dilakukan kerjasama jejaring penelitian kesehatan dalam penguatan penelitian kesehatan Nasional ?
 Dilakukan Kadang-kadang Tidak dilakukan Tidak tahu
63. Apakah hasil riset memberi dampak perubahan dalam bidang layanan kesehatan masyarakat di daerah ?
 Sesuai Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
64. Apakah hasil riset kesehatan dapat mendorong pemanfaatan hasil riset pada program kesehatan masyarakat di daerah ?
 Dimanfaatkan Kadang-kadang Tidak sesuai Tidak tahu
65. Apakah poros kebijakan dalam pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan dan pengkajian dapat merumuskan perubahan yang signifikan dalam pelayanan kesehatan masyarakat ?
 Terdapat Kadang-kadang Tidak terdapat Tidak tahu

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar ; Diseminasi Hasi Penelitian Disrupsi Pelayanan Kesehatan Bolmut Hotel Krawang City Gtlo



Gambar ; Pengambilan Data pengelola Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Bolmut

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021



Gambar ; Pengambilan Data Wawancara langsung dan Kuisisioner Tertutup Di Kab. Bolmut



NO	NAMA/NIP	JABATAN	ADSA	ABSENSI
21	Fitria Pongosa, SST, M.Kes No. 1970111190002062	Kepu		
22	Samsudin Rahim, Amd. Kes No. 1906021119000102	Staf Perawatan	ADA	
23	Rina Agustijangsiti, S.Kn No. 1906011119000201	Staf Perawatan	ADA	
24	Indah Trumbua, Amd.Kep No. 1906021119000303	Pst. Imunisasi	ADA	
25	Agustince Mondong, Amd.Kg No. 1906011119000300	Pelawai Kkg	ADA	
26	Fitria Papurungan, SKM No. 1905030301012013	Kecperawatan		
27	Setalia Samudri, Amd.Giz No. 1906011119000201	Pst.Giz	ADA	
28	Selvi Mokoagow, S.Kep No. 1906011119000201	Pst. Lansia	ADA	
29	Suzey Dwantri Pontoh, Amd.Kep No. 1906011119000201	Staf Perawatan	ADA	
30	Welby Stella Mateno, Amd.Kep No. 1906111119000200	Pst. TB/Kulit	AD	
31	Taty Mardani, AMKG No. 1906111119000200	Inspektur BAK	ADA	
32	Zulkri Fokong, SKM No. 1906011119000201	Pst. Perawatan	AD	
33	Suriham Kakalang, S.Kep No. 1906011119000201	PTIK	ADA	
34	Sofina Mohammad, Amd.Giz No. 190110121201011000	Per.UGS	ADA	
35	Suliani, Amd.Kep No. 1906011119000201	Pt.Ed	AD	
36	Indah Rahumbar, S.Earm, Apt No. 1906011119000201	Apoteker	AD	
37	Dance Huko No. 190110121201011000	SPSP	ADA	
38	Fatma Kudoja, Amd.Kep No. 1906111119000200	Staf Perawatan	ADA	
39	Lailya Bangko, S.Kep.M.Kes No. 1906011119000201	Pst. Kes.Obst	AD	
40	Okayanni Karim, AMKL No. 1906011119000201	Pst. Keobst	ADA	

Gambar ; Pengambilan Data Wawancara langsung dan Kuisisioner Tertutup Di Kab. Bolmut

DISRUPSI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW UTARA PROVINSI SULAWESI UTARA



2021



Gambar ; Rapat Koordinasi dan FGD Verifikasi Data Lapangan