BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Implementasi Kebijakan

Menurut Howlet & Ramesh dalam Agustino (2020:145}, mendefenisikan Implementasi Kebijakan sebagai proses dimana program atau kebijakan dilaksanakan atau menerjemahkan rencana ke dalam praktek.

Adapun Implementasi Kebijakan menurut Udoji dalam Agustino (2020:147) menyebutkan bahwa sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting daripada formulasi kebijakan. Kebijakan hanya sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip jika tidak dilaksanakan.

Selanjutnya implementasi kebijakan publik merupakan bagian dari proses sebuah kebijakan publik untuk mengetahui sejauh mana kebijakan tersebut dapat terlaksana untuk kepentingan masyarakat secara luas serta dapat dirasakan manfaat oleh semua orang.

Terdapat empat faktor penting dalam mengimplementasi sebuah kebijakan. Faktor-faktor tesebut satu sama lain sangat berkaitan, sehingga keempatnya harus terpenuhi dalam implementasi kebijakan. Demikian disampaikan oleh Edwar III (1980:10), faktor-faktor dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan, yakni :

a. Komunikasi. Komunikasi merupakan interaksi yang terjadi pada

sekelompok orang dengan bicara, mendengar, melihat serta meberika reaksi pada lawan bicara. Dibutuhkan komunikasi yang efektif dari para implementori terhadap sasaran kebijakan. Sehingga tujuan dari kebijakan dapat tercapai serta tidak menimbulkan salah persepsi dalam penerapan kebijakan.

b. Tersedia sumber daya. Resources atau sumber daya dapat berupa sumber daya manusia, materi ataupun sumber daya lainnya yang mendukung terwujudnya sebuah kebijakan.

c. disposisi atau sikap. Sikap baik yang diperlihatkan seorang implementori akan menjadi cerminan dalam menjalankan sebuah kebijakan sebagaimana yang diharapkan oleh pembuat kebijakan.

d. Struktur dari birokrasi. Struktur organisasi yang baik memiliki standar operasional prosedur (SOP) serta fleksibel dalam memberikan pelayanan publik.

Berbeda dengan yang disampaikan oleh jan Merse dalam Koryati (2004:16), menyatakan bahwa model implementasi kebijakan dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut :

a. Faktor informasi. Informasi terkait sebuah kebijakan harus jelas dan gampang difahami. Sistem Informasi merupakan media yang memudahkan proses suatu kebijakan dalam berbagai kepentingan termasuk dalam pengambilan keputusan

b. Faktor dari isi kebijakan yang merupkan beberapa pilihan keputusan yang berhubungan dengan kepentingan publik. Baik berupa kebijakan negatif (keputusan untuk tidak melakukan

tindakan apa-apa) ataupun positif (kebijakan yang diharapkan dapat menyelesaikan masalah publik) yang telah dibuat oleh pemerintah.

c. Faktor dukungan dari masyarakat. Dukungan masyarakat terhadap kebijakan pemerintah sangat dibutuhkan. Menjaga hubungan baik antara pemerintah dengan masyarakat dapat memudahkan terwujudnya kebijakan yang akan diterapkan oleh pemerintah demi kepentingan bersama.
d. Faktor pembagian potensi. Di negara kita Indonesia pembagian potensi dapat dilihat pada 3 pembagian potensi wilayah yakni potensi wilayah datarn tinggi, dataran rendah serta wilayah perairan.

2. Administrasi Pelayanan Kesehatan

Administrasi menurut Atmosudirjo dalam Anggara dan Sumantri (2016:15-16), membagi menjadi 2 pengertian, yaitu arti sempit dan arti luas. Arti sempit administrasi yaitu hanya berkisar pada kegiatan tata usaha kantor(office work) seperti penulisan, pengetikan surat menyurat (termasuk menggunakan komputer), penggandaan, pengarsipan, dan pembukuan. Sementara arti luas adminsitrasi dapat dibedakan dalam 3 sudut , yaitu proses, fungsi atau tugas dan kepranataan/institusi.

Adapun administrasi publik menurut Chandler dan Plano dalam Pasolong (2017:8) adalah proses dimana sumberdaya dan personel publik diorganisir dan dikoordinasikan untuk menformulasikan, menginplementasikan, mengelola (*manage*) keputusan-keputusan dalam

kebijakan publik.

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi semua orang**.** Dengan kondisi tubuh yang sehat, manusia dapat melakukan segala aktivitasnya. Sehingga wajib bagi tiap orang untuk selalu menjaga kesehatan fisik termasuk kesehatan mentalnya.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomis.

Menurut Lubis sebagai Ketua Dewan Eksekutif Koalisi untuk Indonesia Sehat memberikan pengantar dalam buku Sehat itu Hak (2005 : ix), “Setiap Manusia Berhak untuk Sehat”. Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemerintah wajib memenuhinya. Demikian halnya dalam Deklarasi Universal Hak-Hak Asasi Manusia pasal 25 ayat 1 disebutkan :

> “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk Kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan social yang diperlukan …”

Ditegaskan juga dalam Pasal 28 H (ayat 1) Undang-Undang Dasar Tahun 1945 bahwa :

> “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.”

Dalam mewujudkan Kesehatan tiap warga negara Indonesia, maka pemerintah berkewajiban menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan. Dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47

Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotive, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Keinginan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bukan saja sembuh melainkan juga masyarakat semakin cenderung melihat pelayanan kesehatan sebagai pelayanan publik yang diharapkan mampu memuaskan kebutuhan sosial-ekonomi dan psikologis mereka.

Masyarakat bukan hanya butuh pelayanan kesehatan yang terjangkau dan baik, melainkan juga menyenangkan. Mereka tidak hanya membutuhkan perawat yang kompeten, tetapi juga yang ramah dan murah senyum. Masyarakat mau datang ke puskesmas, tetapi mereka sudah makin enggan untuk antri Panjang dan menunggu lama.

Menurut Nadjib (2016:77), Ada nilai etika yang selayaknya tampak dalam pelayanan Kesehatan meliputi :

a. Kebenaran (*verocity*),
b. Kebebasan (*autonomy*),
c. Asas manfaat (*beneficence*),
d. Ketaatan (*role fidelity*),
e. Kenyamanan (*confidentiality*),
f. Keadilan (*justice*).

Lebih lanjut, Najib (2016:77) menjelaskan bahwa yang menjadi ciri dari sebuah pelayanan Kesehatan adalah :

a. *Available*, ketersediaan pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat. Pemerintah telah menyediakan berbagai jenis institusi dan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat mulai dari posyandu di desa sampai rumah sakit nasional dan internasional di kota besar. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan ini

merupakan upaya utama untuk memenuhi kebutuhan primer masyarakat (*public goods*).

b. *Accessible*, terjangkau secara fisik (lokasi) fasilitas pelayanan kesehatan
c. *Acceptable*, dapat diterima dengan baik oleh masyarakat/ sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
d. *Affordable*, dapat diupaya oleh masyarakat untuk membayar tarifnya.
e. *Effective*, bermanfaat atau berdaya guna dalam pencgahan dan pengobatan.

Undang-Undang Nomor 3 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh masyarakat dalam 3 tingkatan pelayanan, yakni :

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan dasar seperti Puskesmas. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya Kesehatan masyarakat dan upaya Kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotive dan preventif di wilayah kerjanya. Sebagaimana dinyatakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu, pada 1 (satu) kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 (satu) puskesmas. Kondisi tertentu yang dimaksud di sini ditetapkan berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, dan aksesibilitas. Banyaknya penduduk yang menjadikan puskesmas/puskesmas pembantu sebagai salah satu

pilihan utama untuk rawat jalan mengindikasikan tercapainya salah satu maksud di balik pembangunan puskesmas di daerah-daerah.

Berdasarkan kemampuan pelayanannya, puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas non rawat inap dan puskesmas rawat inap. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat disebutkan bahwa puskesmas rawat inap merupakan puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya. Dalam peraturan ini juga disebutkan bahwa puskesmas yang dapat menjadi puskesmas rawat inap merupakan puskesmas di kawasan perdesaan, kawasan terpencil dan kawasan sangat terpencil, yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut. Dengan adanya puskesmas rawat inap terutama di daerah-daerah tersebut, diharapkan mempermudah akses penduduk yang membutuhkan pelayanan kesehatan berupa rawat inap.

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua, merupakan fasilitas pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan lanjutan dengan pelayanan spesialis seperti Rumah Sakit Kelas C dan D.

Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan menjelaskan bahwa

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarana pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat ketiga, merupakan fasilitas pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan subspesialistik. Seperti Rumah Sakit Kelas A dan B.

Adanya pengklasifikasian Rumah Sakit Umum berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan mediknya. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit. Menjelaskan sebagai berikut :

a. Rumah sakit umum kelas D, harus memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar yaitu dokter umum dan dokter gigi. Memiliki minimal 2 pelayanan spesialis dasar dan maksimal 3 pelayanan spesialis dasar serta 1 pelayanan penunjang medik spesialis. Spesialis dasar yang dimaksud yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis kandungan (*Ginecology* dan *Obstetri*) serta spesialis bedah.
b. Rumah sakit umum kelas C, memiliki fasilitas pelayanan medik dasar dan maksimal 7 pelayanan spesialis lain selain spesialis dasar serta maksimal 5 pelayanan penunjang medik spesialis. pelayanan yang merupakan penunjang medik spesialis yaitu : dokter spesialis anastesi, radiologi, farmakologi klinik, patologi klinik, patologi anatomi, mikrobiologi klinik, parasitologi,

kedokteran fisik dan rehabilitasi, akupuntur klinik, gizi klinik, onkologi radiasi, kedokteran nuklir, serta penunjang medik spesialis lainnya.

c. Rumah sakit umum kelas B, memiliki fasilitas pelayanan medik dasar, maksimal 10 pelayanan spesialis lain selain spesialis dasar, maksimal 5 pelayanan penunjang medik spesialis, maksimal 4 subspesialis dasar dan 1 subspesialis lainnya.
d. Rumah sakit umum kelas A, memiliki fasilitas pelayanan medik dasar, maksimal 12 pelayanan spesialis lain selain spesialis dasar, maksimal 5 pelayanan penunjang medik spesialis, maksimal 13 subspesialis dasar.

3. Mutu pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi kesehatan dan standar pelayanan dengan menggunakan sumber daya yang dimliki oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Azwar 1988 dalam Hetty Ismainar (2013:58) mengemukakan bahwa :

> “Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan kode etik profesi”

Memberikan pelayanan kesehatan harus memenuhi keinginan dan harapan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan sehingga tercipta rasa puas pada pasien serta keluarga.

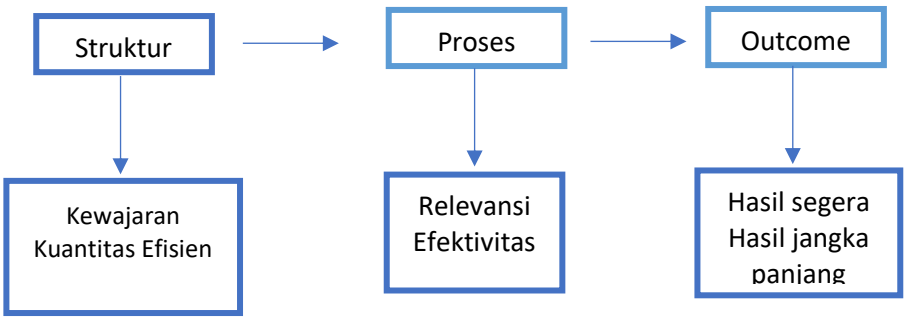
Pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh masyarakat yang berkunjung ke Rumah sakit ataupun puskesmas dapat memberikan

tanggapan bahkan rasa puas yang berbeda-beda.

Sebagaimana pendapat yang disampaikan Hetty (2013:59) menyatakan bahwa :

> Mutu pelayanan kesehatan sulit diukur karena hasil yang telihat merupakan resultan dari berbagai faktor yang berpengaruh walaupun demikian secara jelas komponen tersebut adalah :
> a. Struktur adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya yang lainnya
> b. Process adalah sarana kegiatan dalam pemberian pelayanan dan jasa.
> c. Outcome adalah hasil jangka pendek seperti cepat sembuh dari sakit, outcome jangka panjang seperti kemungkinan kambuh, kemungkinan sembuh di masa datang

Gambar 1
Komponen Mutu



Sumber : Hetty Ismainar (2013:19)

Selanjutnya ditambahkan lagi oleh Hetty (2013:59) bahwa aspek pelayanan di rumah sakit dapat dilihat dari segi aspek yang berpengaruh. Aspek berarti termasuk hal-hal yang secara langsung atau tidak berpengaruh terhadap penilaian, keempat aspek tersebut :

a. Aspek klinis yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medik.
b. Efisiensi dan efektivitas yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, tidak ada diagnosa dan terapi berlebihan
c. Keselamatan pasien yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur, kebakaran
d. Kepuasan pasien yaitu yang berhubungan dengan kenyamanan,

keramahan dan kecepatan pelayanan.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dianggap memberikan mutu yang baik jika terjangkau, sumber daya yang profesional, serta ada rasa aman pada pasien dan keluarga. Pelayanan kesehatan dianggap baik jika dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran, mengutamakan pencegahan, ada kerjasama antara pasien dan tenaga kesehatan

4. Tata Laksana Pencegahan Stunting

Tata laksana dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2018:742) adalah cara mengurus atau menjalankan sesuatu (pekerjaan, perusahaan dsb).

Tata laksana pencegahan stunting adalah cara mengurus atau menjalankan kegiatan yang menjadi upaya pencegahan stunting. Tata laksana pencegahan stunting terdiri dari perbaikan nutrisi pada 1000 hari pertama kehidupan, mengatasi infeksi dan penyakit kronis yang ada pada bayi dan balita, perbaikan sanitasi lingkungan, pemberian edukasi pada ibu terutama dalam perbaikan pola asuh serta perilaku hidup bersih dan sehat.

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada balita (Bayi dibawah 5 Tahun) akibat kekurangan zat gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severaly stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) untuk tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan) dengan standar WHO-MGRS *(Multicenter Growth Reference Study*, 2006).

Pencegahan stunting dapat dilakukan dengan 2 macam intervensi, yaitu :

a. Intervensi Sensitif, merupakan intervensi gizi yang yang dapat mengatasi stunting secara tidak langsung, meliputi : meningkatkan akses pangan bergizi, peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak, Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan Kesehatan dan peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi.
b. Intervensi Spesifik, merupakan intervensi yang mengatasi masalah stunting secara langsung meliputi kecukupan asuhan makanan dan gizi, pemberian makan, perawatan dan pola asuh serta pengobatan infeksi dan penyakit. Sektor kesehatan merupakan penanggungjawab pada jenis intervensi ini.

Sasaran intervensi stunting menjadi bagian yang sangat penting dalam upaya pencegahan stunting. Dalam bidang kesehatan upaya pelayanan kesehatan anak pada 1000 HPK (hari pertama kehidupan) menjadi salah satu kunci penurunan stunting. Yakni kondisi anak mulai dari janin dalam kandungan hingga anak usia 2 tahun. Bayi baru lahir merupakan sasaran potensial dalam pencegahan stunting dengan cara deteksi dini dan pengobatan dini.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia, deteksi dini paling strategis dalam mencegah balita stunting adalah melakukan uji saring (skrining) hipotiroid kongenital terhadap bayi baru lahir. Dengan tujuan memilah bayi yang sehat dengan bayi yang memiliki kelainan/penyakit kekurangan

hormon tiroid bawaan lahir (*hipotiroid kongenital*) . Bayi dengan *hipotiroid Kongenital* akan mengalami gangguan metabolisme dalam tubuhnya. Karena menghambat perkembangan otak dan pertumbuhan badannya. Anak menjadi sangat pendek, keterbelakangan mental bahkan dapat menderita penyakit degeneratif di usia muda, seperti diabetes tipe 2 dan hipertensi.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, pada pasal 16 menyebutkan skrining bayi baru lahir dilakukan terhadap setiap bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan, paling sedikit meliputi skrining hipotiroid kongenital. Dilakukan melalui pengambilan sampel yang harus dilakukan pada bayi usia 48 (empat puluh delapan) sampai 72 (tujuh puluh dua) jam. Dilanjutkan dengan pasal 17 bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai skrining hipotiroid kongenital sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 78 Tahun 2014 tentang skrining hipotiroid kongenital.

Karenanya untuk melaksanakan uji saring/skrining hipotiroid kongenital ditetapkanlah Peraturan Menteri Kesehatan No. 78 Tahun 2014 tentang Skrining Hipotiroid Kongenital. Disebutkan dalam peraturan ini bahwa, *Hipotiroid Kongenital* yang selanjutnya disingkat HK, adalah keadaan menurun atau tidak berfungsinya kelenjar *tiroid* yang didapat sejak bayi baru lahir. Hal ini terjadi karena kelainan anatomi atau gangguan metabolisme pembentukan hormon *tiroid* atau *defisiensi iodium* . selanjutnya disebutkan juga bahwa skrining hipotiroid kongenital yang

selanjutnya disingkat SHK, adalah skrining / uji saring untuk memilah bayi yang menderita HK dari bayi yang bukan penderita.

Ditetapkannya peraturan ini menjadi kewajiban pemerintah untuk melaksanakannya. Mulai dari pemerintah pusat hingga pemerintah daerah. Bagi pemerintah kabupaten/kota kewajiban ini tertuang pada pasal 4 bahwa, tugas dan tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten/kota dalam skrining hipotiroid kongenital meliputi :

a. Pelaksana, penanggung jawab, fasilitasi, koordinator, monitoring dan evaluasi pelaksanaan skrining hipotiroid kongenital.
b. Pengelolaan, dan penyelenggaraan skrining hipotiroid kongenital di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan.
c. Penyelenggaraan manajemen skrining hipotiroid kongenital mengenai perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi sesuai standar, melalui pembentukan tim koordinasi kabupaten/ kota
d. Penyediaan tenaga kesehatan pelaksana proses skrining di seluruh Puskesmas dan rumah sakit kabupaten/kota
e. Rekapitulasi laporan hasil skrining setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan mengkoordinasikannya dengan Pokjada provinsi
f. Penyediaan sumber daya manusia, sarana, prasarana dan pembiayaan penyelenggaraan skrining hipotiroid kongenital skala kabupaten/kota, dimulai dari penyediaan kertas saring.

Pelaksana SHK merupakan para petugas kesehatan yang ditunjuk untuk melakukan pengambilan sampel darah pada bayi baru lahir untuk

dilakukan pemeriksaan hipotiroid kongenital. Petugas kesehatan yang menjadi pelaksana SHK di Puskesmas adalah bidan, perawat ataupun dokter. Namun untuk Pelaksana di rumah sakit adalah analis kesehatan (petugas laboratorium), dokter spesialis patologi klinik, dokter spesialis Anak serta dokter spesialis kandungan. Persyaratan utama seorang petugas kesehatan menjadi pelaksana SHK yaitu pernah mengikuti pelatihan ataupun bimbingan teknis cara pengambilan sampel SHK.

Penanggungjawab SHK di Kabupaten/Kota adalah Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten yang membawahi program upaya kesehatan anak. Dengan melakukan koordinasi serta monitoring dan evaluasi terhadap pelaksana SHK di puskesmas dan rumah sakit.

Fasilitasi merupakan merupakan suatu kegiatan yang menjelaskan pemahaman, tindakan, keputusan yang dilakukan seseorang dengan atau bersama orang lain untuk mempermudah tugas merupakan proses. Pemerintah kabupaten/kota harus menyiapkan fasilitas pelaksanaan SHK di wilayahnya. Seperti menjadikan puskesmas dan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan pelaksana pengambilan sampel SHK. Melengkapi peralatan kesehatan laboratorium untuk memudahkan pemeriksaan sampel darah pada bayi. Serta menyiapkan rumah sakit rujukan, jika terkonfirmasi ada bayi dengan kelainan HK.

Pengelolaan SHK dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten serta pada fasilitas pelaksana SHK. Pengelola SHK pada Dinas Kesehatan terdiri dari Kepala Dinas, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi

Kesehatan Keluarga dan Gizi (sekarang Sub Koordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi), Pelaksana Teknis Kegiatan DAK Non Fisik, Bendahara Pengeluaran serta Penanggungajawab Program Upaya Kesehatan Anak.

Penyelenggaraan SHK meliputi tahapan program SHK mulai dari praskrining, skrining hingga pasca skrining.

a. Praskrining, petugas pelaksana akan melakukan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kepada orangtua/ wali bayi baru lahir tentang manfaat SHK serta dampak apa yang akan terjadi terhadap bayi yang tidak dilakukan SHK.
b. Skrining, dimulai dengan Persetujuan keluarga terhadap tindakan medis melalui *informed consent*, serta harus tandatangan pada formulir penolakan yang disebut dengan *dissent consent/refusal consent.* Secara garis besar proses ini melalui beberapa proses yakni : proses persiapan (bayi, keluarga bayi serta petugas pelaksana), proses pengambilan sampel, tata laksana spesimen serta skrining bayi baru lahir dengan kondisi khusus.
c. Pasca skrining, tahapan ini dilakukan beberapa langkah yakni : Dokumentasi hasil tes laboratorium, pelacakan kasus serta tes konfirmasi.

Manajemen SHK merupakan serangkaian kegiatan yang dimulai dari proses perencanaan dengan menyiapkan anggaran pelaksanaan SHK, penyiapan SDM terlatih, laboratorium rujukan pemeriksaan sampel serta rumah sakit rujukan bayi dengan kelainan HK. Implementasi merupakan proses realisasi dari rencana kebijakan yang telah ditetapkan yaitu

telaksana SHK sesuai dengan jumlah anggaran yang telah disiapkan. Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh penanggungjawab SHK Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan formulir pengisian lembar monitoring dan evaluasi pada puskesmas dan rumah sakit sebagai fasilitas pelaksana SHK.

Penyediaan tenaga kesehatan pelaksana proses *skrining* di seluruh Puskesmas dan rumah sakit kabupaten/kota Merupakan tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan atau bimbingan teknis pengambilan sampel SHK. Pelatihan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan dalam tata laksana kegiatan SHK.

Rekapitulasi laporan hasil *skrining* setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan mengkoordinasikannya dengan Pokjada provinsi. Puskesmas dan rumah sakit pelaksana akan mengirimkan laporan jumlah bayi baru lahir yang dilakukan SHK kepada penanggungjawab program Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kemudian laporan direkapitulasi dalam formulir pencatatan dan pelaporan kegiatan SHK dari seluruh puskesmas dan rumah sakit di Kabupaten/kota.

Penyediaan sumber daya manusia, sarana, prasarana dan pembiayaan penyelenggaraan *skrining hipotiroid kongenital* skala kabupaten/kota, dimulai dari penyediaan kertas saring. Sumber daya manusia merupakan tenaga kesehatan penyelenggara pelayanan kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang memadai akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Secara umum standar jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dapat dilihat dari rasio jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk

di suatu wilayah. Untuk tenaga kesehatan rumah sakit, jumlah tenaga kesehatan utama disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit.

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan SHK seperti rumah sakit dan puskesmas. Prasarana adalah salah satu alat penunjang bagi terselenggarannya kegiatan pelayanan SHK di sarana kesehatan seperti kertas saring.

Pembiayaan penyelenggaraan SHK merupakan dana/anggaran yang telah disiapkan pemerintah kabupaten/kota untuk melaksanakan shk pada fasilitas pelayanan kesehatan. Anggaran yang tersedia dapat digunakan untuk biaya pemeriksaan dan pengiriman spesimen SHK, biaya pelatihan bagi tenaga kesehatan, serta biaya pengadan alat kesehatan di laboratorim yang dapat mendukung pelaksanaan SHK di Kabupaten/Kota.

5. Kabupaten Takalar

Kabupaten Takalar adalah salah satu Kabupaten yang terdekat dengan kota Makassar. Kabupaten Takalar terletak di bagian selatan Provinsi Sulawesi Selatan dengan jarak 40 km dari Kota Metropolitan Makassar dan terletak antara 5031 sampai 50381 Lintang Selatan dan antara 1990221 sampai 1990391 Bujur Timur dengan luas wilayah 566,51 Km^2, yang terdiri dari kawasan hutan seluas 8.254. Ha (14,57%), sawah seluas 16.436, 22 Ha (29,01%), perkebunan tebu PT. XXXII seluas 5.333,45 Ha (9,41%), tambak seluas 4.233,20 Ha (7,47%), tegalan seluas 3.639,90 Ha (6,47%), kebun campuran seluas 8.932,11 Ha (15,77%), pekarangan seluas 1,929,90 Ha (3,41%) dan lain-lain seluas 7.892,22 Ha (13,93%).

Kabupaten Takalar menjadi salah satu Kabupaten yang menjadi kota metropolitan Mamminasata.

Dengan batas wilayah Kabupaten Takalar sebagai berikut :

1. Sebelah Utara dengan kota Makasar dan Kabupaten Gowa
2. Sebelah Selatan dengan Laut Flores
3. Sebelah Barat dengan Selat Makassar
4. Sebelah Timur dengan Kabupaten Jeneponto dan Kabupaten Gowa

Wilayah Kabupaten Takalar terdiri dari 10 (sepuluh) Kecamatan masing-masing :

1. Kecamatan Manggarabombang
2. Kecamatan Mappakasunggu
3. Kecamatan Polombangkeng Selatan
4. Kecamatan Polombangkeng Utara
5. Kecamatan Galesong Selatan
6. Kecamatan Galesong Utara
7. Kecamatan Pattalassang
8. Kecamatan Galesong
9. Kecamatan Sanrobone.
10. Kecamatan Kepulauan Tanakeke.

B. Definisi Konsep

Berdasarkan landasan teori yang telah dipaparkan, dapat dikemukakan definisi konseptual dari masing-masing variabel sebagai berikut:

1. Implementasi Kebijakan merupakan proses kebijakan dalam bentuk tindakan.
2. Administrasi pelayanan kesehatan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang disiapkan oleh pemerintah untuk melayani seluruh masyarakat. secara umum pelayanan Kesehatan di Indonesia terdiri atas 2 tingkatan yakni. Pelayanan kesehatan tingkat pertama di Puskesmas dan Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di rumah sakit.
3. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan yang sempurna dari pemberi pelayanan kesehatan yang menjadikan standar profesi dan standar pelayanan sebagai potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit, puskesmas secara wajar, efisien serta diberikan scara aman dan memberikan rasa puas secara norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat.
4. Tata Laksana Pencegahan Stunting, merupakan upaya pencegahan stunting yang melalui intervensi sensitif dan intervensi spesifik. intervensi sensitif yang dapat mengatasi stunting secara tidak langsung, meliputi : meningkatkan akses pangan bergizi, peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak, Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan Kesehatan dan peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi. Intervensi spesifik merupakan intervensi yang mengatasi masalah stunting secara langsung meliputi : kecukupan asuhan

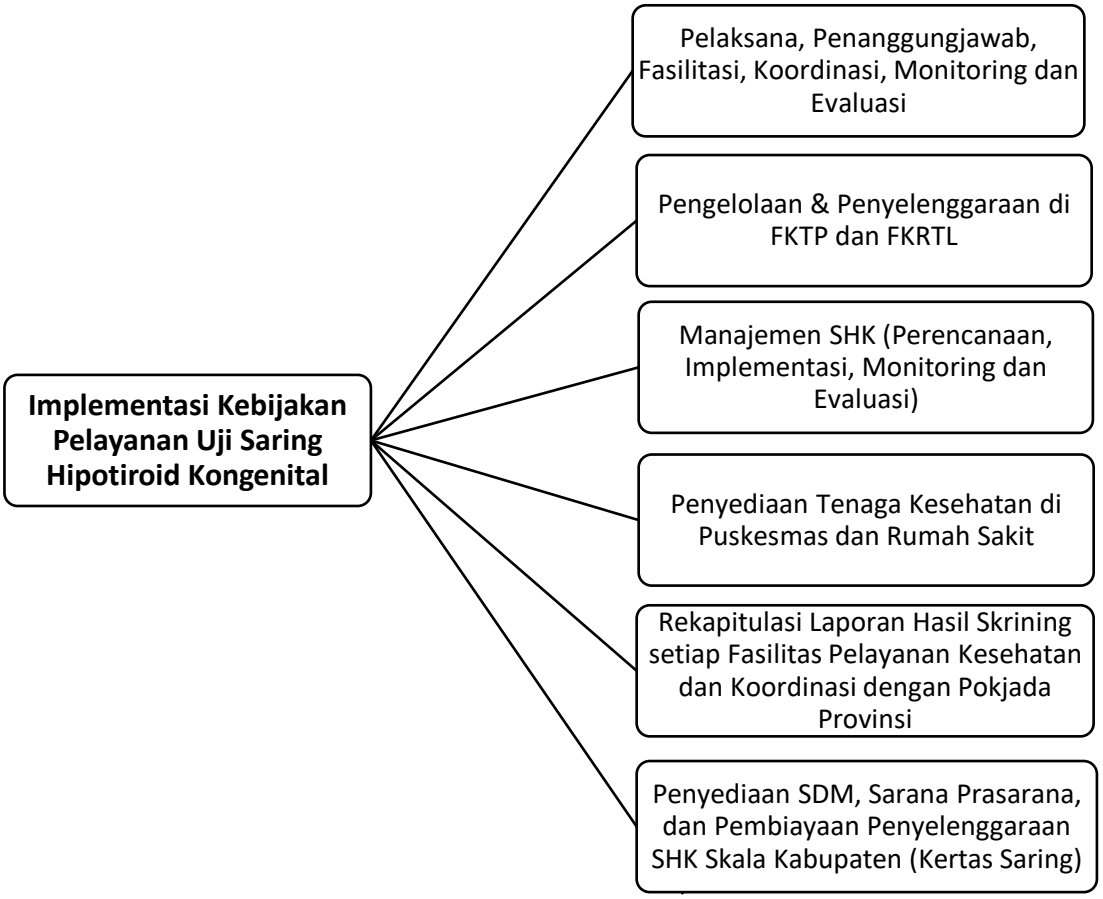
makanan dan gizi, pemberian makan, perawatan dan pola asuh serta pengobatan infeksi dan penyakit. Sektor kesehatan merupakan penanggungjawab pada jenis intervensi ini.

5. Kabupaten Takalar, merupakan salah satu Kabupaten yang berbatasan dengan ibukota provinsi. Sebagian wilayah Takalar berupa daratan dan pesisir. Hampir seluruh Kecamatan yang ada di Kabupaten Takalar memiliki daerah pesisir. Bahkan kecamatan termuda yaitu Kecamatan Tanakeke berada di daerah kepulauan. Seluruh Kecamatan yang ada di Kabupaten Takalar menjadi Program Kota Metropolitan Mamminasata.

C. Kerangka Penelitian

Tugas dan tanggung jawab Kabupaten/kota dalam melaksanakan uji saring hipotiroid kongenital merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan anak dalam tata laksana pencegahan stunting di Kabupaten Takalar.

Gambar 2
Bagan Kerangka Penelitian



Diadaptasi dari Tugas dan tanggung jawab Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota terhadap pelaksanaan Skrining Hipotiroid Kongenital Berdasarkan PMK No. 78 Tahun 2014 tentang Skrining Hipotiroid Kongenital