

# EVALUASI KEBIJAKAN DANA DESA PADA PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN BONE

Hasbi Ibrahim<sup>1\*</sup>, Rifdan<sup>2</sup> dan Hamsu Abdul Gani<sup>3</sup>

*<sup>1,2,3</sup>Universitas Negeri Makassar*

*Email: \*Hasbi\_gmn@yahoo.co.id*

## ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis substansi program pelayanan kesehatan di desa dan realisasi program pelayanan kesehatan di desa, melahirkan prototype model evaluasi kebijakan program pelayanan kesehatan di desa se-Kabupaten Bone.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa Substansi program pelayanan kesehatan di Desa yaitu Program pelayanan kesehatan kurang efektif karena fasilitas serta sarana-prasarana pusat kesehatan masyarakat sangat minim, Kecenderungan pemanfaatan dana desa tidak efisien karena tidak cermat memperhitungkan pembiayaan pembangunan dan aktivitas pemerintah desa, Pelayanan kesehatan kurang merata karena hanya pada tahap perencanaan yang agak relevan dengan regulasi, sedangkan pada tahap pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban tidak sesuai regulasi. Pemerataan pemanfaatan dana desa tidak terealisasi, karena tidak sesuai prosedur. Respon implementor kebijakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pedesaan belum maksimal. Seluruh desa belum siap menerima dana desa karena kelemahan aspek kelembagaan, sumber daya manusia dan program. Realisasi program pelayanan kesehatan di desa yaitu Eksplanasi pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh reaksi perilaku dan emosi masyarakat pada ringan dan berat penyakitnya, Tingkat kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan pemeriksaan ibu hamil masih rendah, Analisis pengelolaan dan penyerapan dana desa menggunakan sistem sentralisasi dan desentralisasi, dan Akunting dana desa pelayanan kesehatan masyarakat desa masih rendah karena keterbatasan fasilitas dan keterampilan, Temuan penelitian mengindikasikan perlunya prototype model evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan di desa memiliki ragam aspek sosiodemografi terhadap kebutuhan dan akses kesehatan, dan model evaluasi kebijakan kolaborasi pelayanan kesehatan menuntut implementor kesehatan kompeten dan berkualifikasi untuk mengurangi kesalahan manusia.

Kata kunci: Evaluasi Kebijakan, Dana Desa, Kesehatan Masyarakat Desa.

## ABSTRACT

*This study aims to describe and analyze the substance of the health service program in the village and the realization of the health service program in the village.*

*The results show that the substance of the health service program in the village, namely the health service program is less effective because the facilities and infrastructure of the community health center are very minimal, the tendency to use village funds is inefficient because it does not carefully take into account development financing and village government activities, health services are uneven because only at the planning stage which is somewhat relevant to the regulation, while at the stage of implementation, administration, reporting and accountability it is not in accordance with the regulation. Equitable utilization of village funds was not realized, because it was not in accordance*

*with procedures. The response of health service policy implementers to rural communities has not been maximized. All villages are not ready to receive village funds due to weaknesses in institutional, human resources and program aspects. The realization of the health service program in the village, namely the explanation of health services is largely determined by the behavioral and emotional reactions of the community to the mild and severe of the disease, the level of adherence of midwives to the standard of examination services for pregnant women is still low, analysis of the management and absorption of village funds using a centralized and decentralized system, and accounting village funds for village community health services are still low due to limited facilities and skills. Research findings indicate the need for a prototype model for evaluating health service policies in villages that has various sociodemographic aspects of health needs and access, and a collaborative health service policy evaluation model requires competent and qualified health implementors to reduce human error.*

*Keywords: Policy Evaluation, Village Funds, Village Community Health*

## **PENDAHULIAN**

Permasalahan pengelolaan Alokasi Dana Desa di Kabupaten Bone sebagaimana dikemukakan oleh Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Provinsi Sulawesi Selatan (Didik Krisdiyanto, 7 Nopember 2017) terdapat beberapa titik kritis permasalahan pengelolaan keuangan desa. Titik kritis tersebut antara lain: (1) Masih kurangnya transparansi dan partisipasi masyarakat, (2) Pelaksanaan kegiatan yang tidak menggunakan pola padat karya, (3) Kualitas Sumber Daya Manusia yang masih kurang, (4) Penggunaan Alokasi Dana Desa diluar prioritas, dan (5) Evaluasi di tingkat Kecamatan dan Dinas terkait yang masih lemah serta (6) peran Aparat Pengawasan Internal Pemerintah yang belum optimal.

Masalah implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) yang dijumpai di Kabupaten Bone adalah kesenjangan dalam kepesertaan program. Selain itu, ditemukan pula kesenjangan pada akses serta mekanisme pelayanan kepada masyarakat msikin. Kebijakan jamkesmas masih belum optimal. Utamanya pada aspek kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, pendanaan dan mutu pelayanan. Pada aspek kepesertaan, masih banyak ditemukan perbedaan jumlah kartu keluarga peserta jamkesmas di setiap kecamatan. Data base peserta di fasilitas kesehatan, seperti puskesmas, rumah sakit dan dinas kesehatan, masih sering mengalami *overlapping*. Akses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta juga belum sesuai dengan target sebagaimana yang tercantum dalam pedoman pelaksanaan kegiatan. Kualitas dan kuantitas pelayanan yang diberikan pada 38 puskesmas dan 27 kecamatan masih belum sesuai target. Mekanisme pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan, masih belum mempertimbangkan

faktor-faktor penting seperti keterjangkauan, pertimbangan biaya dan proporsionalitas. Selain itu, masih sering terjadi konflik kepentingan dan kesenjangan pelayanan. Birokrasi yang berbelit-belit sering menghambat peserta dalam mendapatkan pelayanan. Sosialisasi dan pembinaan juga masih jarang dilakukan. Pada aspek pendanaan, masih terjadi keterlambatan penyaluran dana. Hal tersebut menyebabkan terhambatnya fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada sasaran. Masalah lain yang terjadi, adalah ketidaksesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan *Indonesian Diagnosis Related Group*

Berdasarkan survey awal peneliti yang dilakukan pada tanggal 2 Februari 2020, terdapat beberapa masalah yang ditemukan yaitu kurangnya transparansi pengelolaan dana desa, penggunaan dana desa tidak sesuai yang berlaku, belum secara penuh melibatkan unsur masyarakat dalam proses pelaksanaan dan penganggaran dana desa, dan belum pahamnya aparatur desa dalam mengelola dana desa di Kabupaten Bone tahun 2019.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka masalah pada penelitian ini adalah: (1) Bagaimana substansi program pelayanan kesehatan di desa se-Kabupaten Bone?. (2) Bagaimana realisasi program pelayanan kesehatan di desa se-Kabupaten Bone? Dan (3) Mengapa prototype model evaluasi kebijakan program pelayanan kesehatan dibutuhkan di desa se-Kabupaten Bone?.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah fenomenologis dan pendekatan deskriptif kualitatif untuk menemukan realitas kajian pada obyek penelitian. Penelitian ini dianalisis secara mendalam melalui metode triangulasi yang mengutamakan perspektif emik yaitu lebih menekankan proses daripada hasilnya, dengan mempertimbangkan efek halo yaitu mencermati dinamika situasi lingkungan obyek penelitian yang memberikan dampak terhadap fokus dan indikator penelitian. Teknik pemutakhiran data dilakukan dengan metode *forums group discussion*. Pengumpulan data diperoleh dari instrumen survei, wawancara dan analisis dokumentasi. Kesahihan dan keandalan data melalui pengabsahan data dengan memeriksa kredibilitas, transferabilitas, kebergantungan dan konfirmasi data. Selanjutnya melakukan analisis isi data melalui proses koleksi data, kondensasi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Substansi program pelayanan kesehatan di Desa

- a. Efektifitas program pelayanan kesehatan yang rendah serta minimnya fasilitas dan sarana-prasarana Pusat Kesehatan Masyarakat, menyebabkan pelayanan kesehatan yang buruk. Banyak pasien kehadirannya hanya sekedar mengambil rujukan, atau langsung melakukan pengobatan di kota Makassar. Tim kesehatan yang minim seperti dokter yang hanya 1 orang serta 4 perawat, membuat pelayanan tersendat. Meskipun dalam hal lain pelayanan yang diberikan oleh tim kesehatan tersebut cukup baik dalam pendekatan personalnya. Efektifitas berpikir merupakan tindakan awal yang harus dilakukan sebelum melakukan tindakan selanjutnya. Sebelum mengambil kebijakan, seyogyanya para pengambil keputusan melakukan kajian secara mendalam. Selain itu, pengambil kebijakan perlu memperhatikan aspirasi masyarakat. Sehingga kebijakan yang diambil menjadi efektif dan efisien
- b. Efisiensi program pelayanan kesehatan, rata-rata tingkat efisiensi keuangan Desa Kabupaten Bone tahun 2017-2019 masih belum efisien yaitu sebesar 92,90 persen. Desa yang memiliki tingkat efisiensi tertinggi yaitu Desa Cingkang sebesar 85,23 persen sedangkan yang terendah yaitu Desa Timusu dengan tingkat efisiensi sebesar 129,09 persen. Penggunaan dana tidak efisien ini adalah suatu pemborosan. Karena tidak cermat memperhitungkan alokasi keuangan desa dalam bidang kesehatan masyarakat, aktivitas pemerintah desa serta tingkat prioritas pendanaan, sehingga pencapaian sasaran tidak optimal.
- c. Kecukupan (*adequacy*) program pelayanan kesehatan, pemerintah daerah belum mampu memberikan perlindungan kepada seluruh masyarakatnya dalam menghadapi risiko penyakit yang berdampak pada kerugian finansial yang sangat besar bagi rumah tangga. Akibatnya, seluruh masyarakat tidak memiliki kepastian dapat berobat sesuai kemampuannya apabila sakit. Saat ini, masyarakat yang membutuhkan perawatan mengalami gangguan finansial rumah tangga karena harus membayar biaya perawatan di Pusat Kesehatan Masyarakat di luar kapasitasnya.
- d. Pemerataan program pelayanan kesehatan, dalam pengelolaan dana desa pada tahap pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan dan pertanggung-jawaban tidak sesuai dengan regulasi kecuali tahap perencanaan. Sehingga pemerataan pemanfaatan dana desa untuk kemaslahatan masyarakat pedesaan tidak dapat terealisasi. Faktor penghambatnya adalah Sumber Daya Manusia, keterlambatan pelaporan, perubahan Anggaran Pendapatan dan

Belanja Desa, jaringan internet dan pemahaman masyarakat. Untuk itu dilakukan upaya mengatasi hambatan tersebut dengan cara pengembangan sistem seleksi perangkat desa, meningkatkan tingkat pendidikan dan upaya pelatihan aparat desa.

- e. *Responsiveness* implementor kebijakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pedesaan, nampaknya belum menunjukkan hasil yang maksimal, meskipun berbagai regulasi telah dikeluarkan oleh legislatif dan eksekutif untuk memenuhi harapan masyarakat pedesaan.
- f. Kelayakan (*Appropriateness*) program pelayanan kesehatan seluruh desa belum siap menerima dana desa pada awal pengucurannya karena kelemahan pada aspek kelembagaan, aspek Sumber Daya Manusia dan aspek program. Akibatnya penggunaan dana desa, tidak partisipatif dalam perencanaan dan pelaksanaan, sehingga melibatkan birokrat kecamatan dan kabupaten. Kelemahan tersebut mengakibatkan pemanfaatan bantuan dana desa menjadi seragam seperti membuat drainase, paving blok, pengadaan mobiler dan air conditioning serta perbaikan dan renovasi kantor desa, yang seharusnya dimanfaatkan untuk pembangunan prioritas sehingga nampak dinamika perberbedaan kebutuhan dan keinginan setiap desa. Faktor determinan yang memberi kontribusi pada kesiapan desa dalam menerima dana desa meliputi faktor waktu (*timing*), faktor regulasi, dan faktor kehati-hatian. dana desa sebagai sebuah kebijakan dianggap terlalu cepat diimplementasikan, seharusnya sebelum diimplementasikan sebaiknya ada prakondisi seperti kesiapan kelembagaan, Sumber Daya Manusia dan program. Demikian juga regulasi yang sering berubah yang berakibat pada tumpang tindih kebijakan dan isu kehati-hatian yang membuat implementor ambigu, setengah hati, bahkan rasa takut menerima dan memanfaatkan dana desa.

## **2. Realisasi program pelayanan kesehatan di Desa**

- a. Eksplanasi program pelayanan kesehatan, masing-masing individu memiliki respon yang berbeda terhadap ancaman penyakit. Respon tersebut tergantung pada ringan atau beratnya penyakit yang diderita. Sehat merupakan keadaan yang terus menerus berubah. Perubahan itu sesuai dengan kemampuan adaptasi individu terhadap segala perubahan yang terjadi. Individu perlu beradaptasi untk mempertahankan kondisi sehat. Apabila kondisi tersebut mengalami perubahan melewati ambang batas adaptasi, maka individu akan mengalami sakit. Sehat dan sakit adalah ukuran yang relative sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan perlu ditentukan dengan metode tertentu. Salah satunya adalah dengan menentukan kartu keluarga sesuai titik pada rentang tertentu

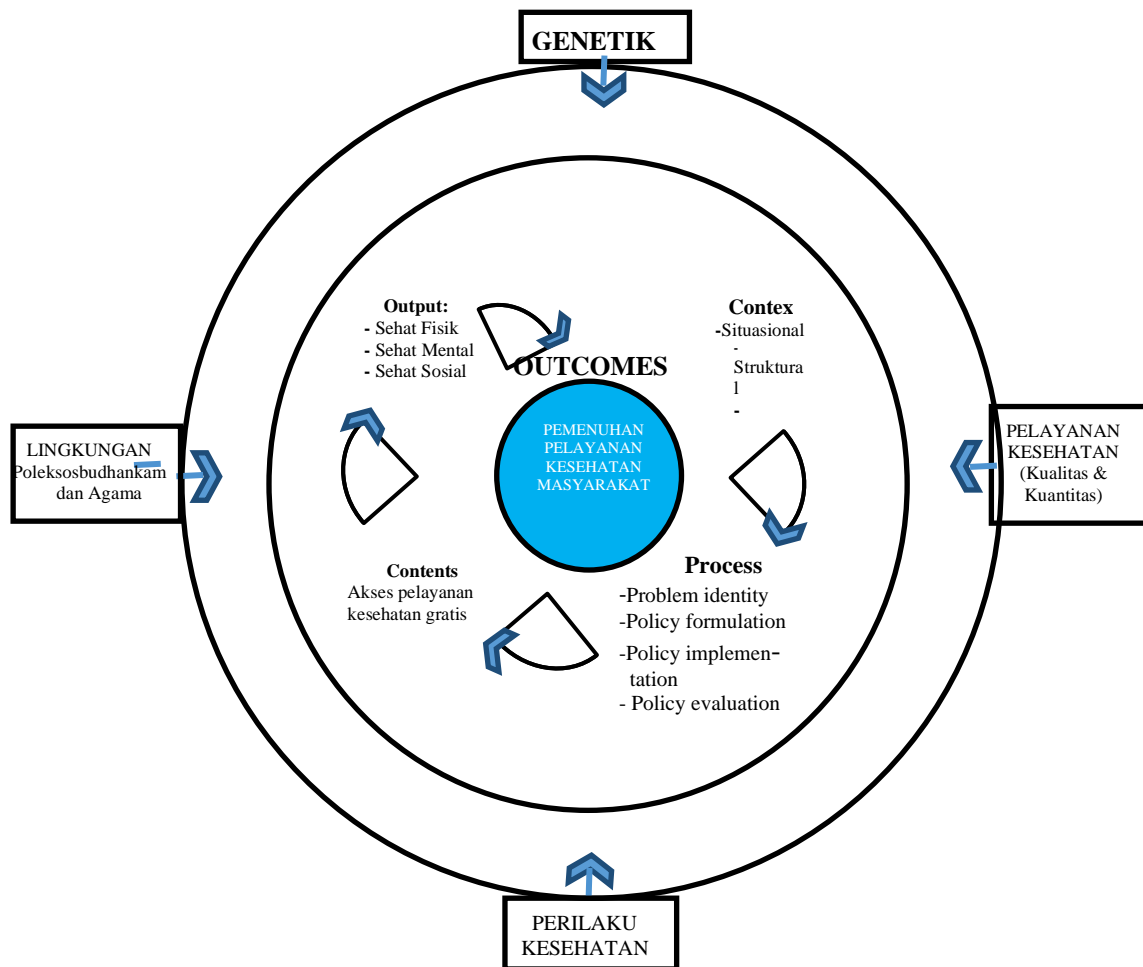
- b. Kepatuhan (*obedience*) program pelayanan kesehatan, tingkat kepatuhan bidan di desa terhadap standar pelayanan pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil atau *antenatal care* masih rendah. Kepatuhan bidan di desa terhadap standar *antenatal care* dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu supervisi, pengetahuan, dan komitmen organisasi. Sedangkan analisis data yang berkaitan dengan *legal framework* (kebijakan dasar) merekomendasikan “Gerakan Cinta Segitiga Emas” yaitu: Cinta Imunisasi, Cinta Ibu dan Anak, dan Cinta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/ Dana Sehat/ Pos Obat Desa. Sedangkan yang menjadi *supporting policies* (kebijakan pendukung) merekomendasikan “Gadis Cantik” yaitu Gerakan anti Gondok Endemis, cegah keterbelakangan mental dan kretinisme dengan jalan pemasyarakatan garam beriodium dan kapsul beriodium.
- c. Audit program pelayanan kesehatan menemukan pengelolaan pagu anggaran pelayanan kesehatan masyarakat pedesaan se-Kabupaten Bone terdiri dari: Perencanaan anggaran dilakukan secara *button up*, Pengelolaan dan penyerapan pagu anggaran terbagi dalam dua sistem penyerapan yaitu sistem penyerapan sentralisasi dan sistem penyerapan anggaran yang desentralisasi, Sistem penyerapan anggaran sentralisasi dimanfaatkan pada biaya operasional, dan penyerapan anggaran secara desentralisasi tidak dibarengi dengan manajemen yang baik sehingga belum berjalan dengan baik. Sedangkan yang menjadi penghambat proses pengelolaan dan penyerapan pagu anggaran dana desa antara lain: Keterlambatan pencairan dana yang telah dialokasikan, Tidak ada keterbukaan terhadap penyerapan anggaran sentralisasi, sehingga ada rencana kegiatan yang tidak dapat direalisasikan akibat kekurangan anggaran, Ketidaksesuaian anggaran yang dialokasikan terhadap rencana pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dipilih menunda kegiatan pada tahun berikutnya.
- d. Akunting dana desa untuk pelayanan kesehatan masyarakat desa masih rendah karena keterbatasan keterampilan aparat desa dan fasilitas komputer yang masih kurang. Dengan adanya penerapan secara bertahap mengenai Sistem Keuangan Desa dan Sistem Informasi Desa seperti pengalokasian dana desa, maka sistem pencatatan akuntansi dilakukan dengan sistem pencatatan yang terkomputerisasi secara *online*. Namun deskripsi pengelolaan keuangan Alokasi Dana Desa pada tahun 2019 menunjukkan hasil yang cukup baik dan realistik yang difokuskan untuk kemaslahatan kesehatan masyarakat desa. Berhubung ada

sebagian aparat desa yang mengelola Alokasi Dana Desa memiliki niat buruk dalam pusaran Korupsi Kolusi dan Nepotisme mengakibatkan terjerat hukum yang bervariasi sesuai tingkat kesalahannya.

### **3. *Prototype model evaluasi kebijakan program pelayanan kesehatan di desa***

- a. Penanganan secara mandiri model evaluasi kebijakan program pelayanan kesehatan di desa. Sebagai motor penggerak, aparat desa dan tim kesehatan perlu menyampaikan informasi kepada masyarakat. Dalam pengorganisasian, seharusnya melibatkan semua pihak. Pemberdayaan harus dilakukan secara berjenjang dengan sasaran akhir adalah masyarakat. Model evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan di desa dilakukan secara mandiri. Bentuknya dapat berupa diseminasi informasi kesehatan. Kegiatan ini memiliki ragam aspek sosiodemografi yang disesuaikan dengan kebutuhan serta akses kesehatan yang berbeda.
- b. Model evaluasi kebijakan kolaborasi program pelayanan kesehatan di desa, model evaluasi kebijakan kolaborasi pelayanan kesehatan di desa menuntut birokrat dan tim kesehatan memiliki kualifikasi yang baik pada bidangnya masing-masing untuk mengurangi faktor kesalahan dan kelalaian manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan..

Sebagai solusi pemanfaatan dana desa terhadap masyarakat desa, peneliti menawarkan prototype model evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat desa, sebagaimana gambar berikut:



Gambar Prototype Model Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Desa (Hasbi Ibrahim, 2021)

## KESIMPULAN

1. Substansi program pelayanan kesehatan di Desa yaitu Program pelayanan kesehatan kurang efektif karena fasilitas serta sarana-prasarana pusat kesehatan masyarakat sangat minim, Kecenderungan pemanfaatan dana desa tidak efisien karena tidak cermat memperhitungkan pembiayaan pembangunan dan aktivitas pemerintah desa, Pelayanan kesehatan kurang merata karena hanya pada tahap perencanaan yang agak relevan dengan regulasi, sedangkan tahap pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan dan pertanggungjawaban tidak sesuai regulasi, Pemerataan pemanfaatan dana desa tidak terealisasi, karena tidak sesuai prosedur, Respon implementor kebijakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pedesaan belum maksimal, Seluruh desa belum siap menerima dana desa karena kelemahan aspek kelembagaan, sumber daya manusia dan program.



2. Realisasi program pelayanan kesehatan di desa yaitu Eksplanasi pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh reaksi perilaku dan emosi masyarakat pada ringan dan berat penyakitnya, Tingkat kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan pemeriksaan ibu hamil masih rendah, Analisis pengelolaan dan penyerapan dana desa menggunakan sistem sentralisasi dan desentralisasi, dan Akunting dana desa pelayanan kesehatan masyarakat desa masih rendah karena keterbatasan fasilitas dan keterampilan,
3. Temuan penelitian mengindikasikan perlunya prototype model evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan di desa memiliki ragam aspek sosiodemografi terhadap kebutuhan dan akses kesehatan, dan model evaluasi kebijakan kolaborasi pelayanan kesehatan menuntut implementor kesehatan berkompentensi dan berkualifikasi untuk mengurangi kesalahan manusia.

Sedangkan kebaruan (*novelty*) temuan penelitian ini adalah terdapat unsur nilai religius yang signifikan berkontribusi dalam proses kesembuhan pasien dari penyakit yang diderita.

## **SARAN-SARAN**

Berkenaan dengan berbagai fenomena dan nomena hasil penelitian, maka peneliti merekomendasikan sebagai berikut:

1. Pemerintah desa hendaknya dapat memanfaatkan tekonologi informasi seperti adanya website atau aplikasi khusus yang memuat seluruh informasi desa seperti profil desa, data penduduk, rencana pembangunan desa, laporan pertanggungjawaban keuangan desa dan lain-lainnya yang dapat diakses oleh semua masyarakat kapanpun dan dimanapun sehingga masyarakat tidak perlu datang ke kantor desa kalau ingin tahu laporan keuangan desa, cukup dirumah saja.
2. Pemerintah desa seharusnya lebih banyak berkomunikasi dengan instansi terkait agar dalam melaksanakan pengelolaan Alokasi Dana Desa dan/atau Pendapatan Asli Desa tidak salah. Serta menerima setiap masukan dan saran terkait pengelolaan Alokasi Dana Desa dan/atau hasil Pendapatan Asli Desa.
3. Dalam pengelolaan Alokasi Dana Desa dan/atau Pendapatan Asli Desa, sebaiknya dilakukan pencatatan yang tertib dan komprehensif kemudian diinformasikan kepada masyarakat paling tidak tiga bulan sekali berapapun hasilnya dan apapun pemanfaatannya. Kemudian Pemerintah desa hendaknya menyediakan ruang diskusi dan ruang aspirasi dari masyarakat. Dengan begitu akan dapat memperoleh masukan dan kritikan demi perbaikan pengelolaan

keuangan desa dan pelayanan kesehatan masyarakat desa. Oleh karena itu, instansi terkait hendaknya memberikan pendampingan kepada aparat desa agar pengelolaan keuangan desa dan pelayanan kesehatan masyarakat desa berjalan dengan transparan, akuntabel dan tepat sasaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Last, JM (2001). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Moenir, A.S. 1995. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: PT Bumi. Aksara.
- Santoso S. 2009. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Stringhini S, Forrester TE, Plange-Rhule J, Lambert E V., Viswanathan B, Riesen W, et al. The social patterning of risk factors for noncommunicable diseases in five countries: Evidence from the modeling the epidemiologic transition study (METS). *BMC Public Health*. 2016;16(1):1–10.
- Suharso, 2016. *Tinjauan Akuntansi Desa*, Mitra Wacana Medi Jakarta.
- Thabrany Hasbullah. 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajagrafindo.
- Thomas (2015), “Pengelolaan ADDes Dalam Upaya Meningkatkan Pembangunan di Desa Sebangung Kecamatan Sesayap Kabupaten Tana Tidung, E-Journal Pemerintahan Integratif (ejournal.pin.or.id) 2013.
- Permenkes RI No 45 Tahun 2014 Tentang *Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan*.
- Permendes Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi No. 5 Tahun 2015 Tentang *Prioritas Penggunaan Dana Desa*.
- Undang-Undang No. 6 Tahun 2014 tentang *Desa*
- Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang *Pemerintahan Daerah*.
- Ali, Arsad Rahim. 2008. *Bekerja Dengan Sistem Puskesmas*. Online: <http://nulisbuku.com/books/view/revisi-bekerja-dengan-sistem-puskesmas-catatan-dari-seorang-praktisi-kesehatan-masyarakat#>, diakses 12 Agustus 2020.
- Barber, Michael J. 2010. *General Electric Ingin Terlibat dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Desa*. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-1316747/ge-ingin-terlibat-dalam-pelayanan-kesehatan-masyarakat-des>. Diakses, 22 Agustus 2020.

- Nurhayati, S. 2017. *Analisis Pengaruh Intellectual Capital Terhadap Kinerja Pasar dan Kinerja Keuangan Pada Perusahaan LQ45 Yang Terdaftar di Bursa Efek Indonesia Periode Tahun 2010-2013*. Jurnal Aset (Akuntansi Riset), 9(1), Hal 139.
- Rauf, Bakhrani, Muhammad Ardi dan Amir, Faizal. 2019. Upaya Meningkatkan Perilaku Masyarakat Menyediakan Jamban Sehat di Kabupaten Soppeng: <https://ojs.unm.ac.id/semnaslemlit/article/view/11401> di akses, 12 Agustus 2020.
- sulselsatu.com, pembagian Alokasi Dana Desa setiap kabupaten di Sulawesi Selatan, diakses 9 Juli 2020.