

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PENINGKATAN PELAYANAN PADA PENYAKIT TIDAK MENULAR  
HIPERTENSI DI KABUPATEN GUNUNGKIDUL**



**Diajukan oleh**

**Ari Nurdhiyah**

**23918017**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI**

**FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA**

**UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

**YOGYAKARTA**

**2026**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PENINGKATAN PELAYANAN PADA PENYAKIT TIDAK MENULAR  
HIPERTENSI DI KABUPATEN GUNUNGKIDUL**

**Tesis S-2**

**Program Studi Ilmu Ekonomi**



**Diajukan oleh**

**Ari Nurdhiyah**

**23918017**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU EKONOMI**

**FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA**

**UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

**YOGYAKARTA**

**2026**

### **PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis ini telah ditulis dengan sungguh-sungguh dan tidak ada bagian yang dikategorikan dalam tindakan plagiasi seperti yang dimaksud dalam buku pedoman penulisan tesis Program Studi Magister Ilmu Ekonomi Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan ini tidak benar maka saya sanggup menerima hukuman/sanksi apapun sesuai peraturan yang berlaku.

Yogyakarta, 07 Februari 2026

Penulis,



Ari Nurdhiyah

**HALAMAN PENGESAHAN**



Yogyakarta, 12 Maret 2026

Telah diterima dan disetujui dengan baik oleh :

Dosen Pembimbing

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Nur Feriyanto', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Drs. Nur Feriyanto, M.Si.

## BERITA ACARA UJIAN TESIS

Pada hari Kamis tanggal 26 Februari 2026 Program Studi Ilmu Ekonomi Program Magister,  
Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia telah mengadakan ujian tesis  
yang disusun oleh :

**ARI NURDHIYAH**

No. Mhs. : 23918017

Konsentrasi : Ekonomika Kebijakan Publik

Dengan Judul:

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENINGKATAN PELAYANAN  
PADA PENYAKIT TIDAK MENULAR HIPERTENSI DI KABUPATEN GUNUNGKIDUL**

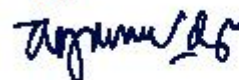
Berdasarkan penilaian yang diberikan oleh Tim Penguji,  
maka tesis tersebut dinyatakan **LULUS**

Penguji I



Prof. Dr. Drs. Nur Feriyanto, M.Si.

Penguji II



Prof. Drs. Agus Widarjono, M.A., Ph.D.

Mengetahui

Ketua Program Studi,



Prof. Drs. Agus Widarjono, M.A., Ph.D.

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan semesta alam. Penulis menyampaikan rasa syukur atas limpahan karunia, rahmat, serta hidayah yang Allah berikan pada penulis. Shalawat beserta salam semoga selalu tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah memberikan tuntunan bagi umat manusia dari masa kegelapan menuju kehidupan yang sangat terang. Penulisan tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Ekonomi, Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia. Tesis ini berjudul **“Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Pelayanan Pada Penyakit Tidak Menular Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul”**. Penulis menyadari bahwa banyak sekali berbagai pihak yang senantiasa memberikan doa serta dukungan sejak awal hingga terselesaikannya tesis ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Drs. Agus Widarjono, M.A., Ph.D. selaku Ketua Program Studi Ilmu Ekonomi Program Magister Universitas Islam Indonesia dan juga selaku dosen penguji yang telah memberikan kritik dan saran selama proses penelitian dan penyusunan tesis ini. Bimbingan dan kritik yang diberikan oleh Bapak sangat berharga untuk penyempurnaan penelitian ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan baik.
2. Bapak Prof. Dr. Drs. Nur Feriyanto, M.Si selaku dosen pembimbing tesis yang sudah meluangkan baik waktu, tenaga, dan pikiran dengan penuh kesabaran

dalam memberikan pengarahan kepada penulis dalam proses penyusunan tesis sehingga tesis ini bisa terselesaikan dengan baik.

3. Kedua orang tua tercinta Bapak MS. Giyadi dan Ibu Sarah atas segala doa dan dukungan yang selalu diberikan dalam mewujudkan cita-cita penulis.
4. Suamiku tercinta Istantoro atas semua doa yang selalu dipanjatkan, kesediaan untuk mendengarkan setiap keluh kesah, serta pemberian motivasi dalam proses penyusunan tesis ini.
5. Anak-anakku tercinta Amelia Istari Putri, Brillianisa Istari Putri dan Aji Ahmad Styawan yang sudah mendukung dan memberikan doa demi kelancaran pendidikan ibunya, serta cucuku Parasreya Bhavisa La Reine Ahmad yang sudah hadir mewarnai hari-hariku.
6. Saudara-saudaraku Agus Nurakhmad, Deni Triyanawati, Ashari Nurkhalis, Anindita Taufani, Ahid Nuristinah, Agus Hananto, dan juga keponakan-keponakanku yang selalu memberikan dukungan dan doanya.
7. Seluruh dosen program pascasarjana dan teman-teman MIE Fakultas Bisnis dan Ekonomika yang telah banyak memberikan pembelajaran bagi penulis.
8. Kepala UPT Puskesmas Ponjong II Bapak Triyono Budiraharjo,S.ST.Ners dan Kepala UPT Puskesmas Karangmojo I Ibu Yustina Sri Widati,S.SiT,Bdn beserta staf yang sudah meluangkan waktu untuk menjadi peserta FGD.
9. Teman-teman MIE 28 yang selalu memberikan dukungan, motivasi, dan inspirasi sepanjang perjalanan akademik ini. Kehadiran kalian menjadi penyemangat dan sumber energi positif yang sangat berarti bagi penulis.

10. Sahabat, rekan kerja dan teman-teman yang tidak saya sebutkan satu persatu serta pihak-pihak yang hadir di setiap bagian kehidupan peneliti dengan kebersamai, membantu, memberikan doa serta dukungan hingga nasehat dan semangat kepada penulis. Terima kasih sudah menjadi bagian dari kehidupan penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih belum mencapai kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis berharap adanya saran, kritik, serta masukan yang bersifat membangun.

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

Yogyakarta, 7 Februari 2026

Penulis

Ari Nurdhiyah

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
BERITA ACARA UJIAN TESIS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
<i>ABSTRACT</i> .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan Penelitian .....	13
1.4 Manfaat Penelitian .....	13
1.5 Sistematika Penulisan .....	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	16
2.1. Kajian Teori.....	16
2.1.1 Penyakit Tidak Menular Hipertensi.....	17
2.1.2 Jumlah Pasien Hipertensi yang Terlayani.....	18
2.1.3 Jumlah SDM Puskesmas .....	19
2.1.4 Dana Bantuan Operasional Kesehatan .....	23
2.1.5 Kepatuhan Pasien Hipertensi dalam Kontrol .....	25
2.1.6 Pelatihan Tenaga Kesehatan.....	26
2.2. Penelitian Terdahulu .....	26
2.2.1 Keunggulan Penelitian yang sudah ada.....	31
2.2.2 Kelemahan atau Ruang Pengembangan yang dapat Dilakukan .....	32
2.3. Kerangka Analisis.....	33
2.4. Hipotesis Penelitian .....	34
BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....	35

3.1	Jenis dan Sumber Data .....	35
3.2	Populasi dan Sampel.....	36
3.3	Definisi Operasional dan Variabel Penelitian .....	36
3.3.1	Variabel Dependen.....	36
3.3.2	Variabel Independen .....	37
3.4	Metode Analisis.....	38
3.5	Analisis Regresi Data Panel.....	40
3.5.1	Uji Pemilihan Model.....	41
3.5.2	Uji Statistik.....	43
3.5.2.1	Nilai Koefisien Determinasi.....	43
3.5.2.2	Uji Simultan (Uji F).....	44
3.5.2.3	Uji Parsial (Uji T).....	44
3.6	Analisis Kualitatif.....	46
3.6.1	Objek Penelitian.....	46
3.6.2	Sumber Data.....	46
3.6.3	Informan Penelitian.....	47
3.6.4	Teknik Pengumpulan Data .....	48
3.6.5	Teknik Analisis Data .....	49
BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN.....		52
4.1	Gambaran Umum Dalam Penelitian.....	52
4.1.1	Profil Kabupaten Gunungkidul dan Unit Kerja Puskesmas .....	52
4.2	Hasil Analisis Regresi Data Panel .....	60
4.2.1	Analisis Statistik Deskriptif.....	60
4.2.2	Analisis Model Data Panel .....	64
4.3	Uji Pemilihan Model .....	64
4.3.1	Uji Chow .....	65
4.3.2	Uji Lagrange Multiplier.....	65
4.3.3	Uji Hausman.....	66
4.4	Uji Statistik.....	67
4.4.1	Nilai Koefisien Determinasi (R-Squared) .....	67
4.4.2	Uji Simultan (Uji F).....	67
4.4.3	Uji Parsial (Uji T).....	68
4.5	Pembahasan .....	71
4.5.1	Pengaruh SDM terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan.....	71

4.5.2 Pengaruh BOK terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan .....	74
4.5.3 Pengaruh Kepatuhan terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan .....	79
4.5.4 Pengaruh Nakes Diklat terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan .....	82
BAB V KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN .....	85
5.1 Kesimpulan.....	85
5.2 Implikasi.....	94
5.3 Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN .....	96

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Informan FGD .....	47
Tabel 4.1 Pagu Dana BOK Khusus Hipertensi per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024 dan 2025 .....	58
Tabel 4.2 Analisis Statistik Deskriptif .....	60
Tabel 4.3 Hasil Estimasi Ketiga Model Data Panel .....	64
Tabel 4.4 Hasil Estimasi Uji Chow .....	65
Tabel 4.5 Hasil Estimasi Uji Lagrange Multiplier .....	66
Tabel 4.6 Hasil Estimasi Uji Hausman .....	66
Tabel 4.7 Model Terbaik Fixed Effect.....	66
Tabel 4.8 Uji Parsial (Uji T).....	68

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Jumlah Pasien Hipertensi yang terlayani .....	2
Gambar 1.2 Jumlah Sumber Daya Manusia.....	4
Gambar 1.3 Realisasi Dana BOK per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul .....	6
Gambar 1.4 Jumlah Pasien Patuh dari 10 Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul	9
Gambar 1.5 Jumlah Tenaga Kesehatan Terlatih per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.....	11
Gambar 2.1 Kerangka Analisis .....	33
Gambar 3.1 Teknis Analisis Data Kualitatif.....	49
Gambar 4.1 Grafik Jumlah Pasien Hipertensi per Wilayah Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Periode Januari-Desember Tahun 2024 .....	54
Gambar 4.2 Grafik Jumlah Pasien Hipertensi per Wilayah Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Periode Januari-Desember Tahun 2024 .....	56

## LAMPIRAN

Lampiran 1 Data Variabel .....	96
Lampiran 2 Hasil Estimasi Common Effect .....	101
Lampiran 3 Hasil Estimasi Fixed Effect .....	101
Lampiran 4 Hasil Estimasi Random Effect.....	102
Lampiran 5 Hasil Uji Chow .....	102
Lampiran 6 Hasil Uji Lagrange Multiplier .....	103
Lampiran 7 Hasil Uji Hausman.....	103
Lampiran 8 Hasil Transkrip Wawancara Puskesmas Karangmojo I .....	104
Lampiran 9 Hasil Transkrip Wawancara Puskesmas Ponjong II .....	112

## ABSTRAK

Indonesia menghadapi tantangan kesehatan masyarakat berupa *triple burden diseases* dengan Penyakit Tidak Menular (PTM) sebagai salah satu yang paling mengkhawatirkan. PTM hipertensi menempati posisi penting karena prevalensinya yang tinggi dan sifatnya sebagai "*silent killer*" yang sering tanpa gejala namun berdampak serius pada kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan pelayanan penyakit tidak menular hipertensi dan dinamika penyaluran dana BOK di puskesmas di Kabupaten Gunungkidul. Metode analisis dalam penelitian menggunakan *Sequential Explanatory* atau metode campuran yang terdiri dari dua tahap analisis, yaitu analisis kuantitatif dan dilanjutkan dengan analisis kualitatif. Hasil analisis kuantitatif menggunakan *multiple regression* menunjukkan bahwa variabel SDM, Patuh dan Nakes Diklat berpengaruh signifikan, sedangkan variabel dana BOK tidak berpengaruh signifikan terhadap pelayanan pasien hipertensi di Kabupaten Gunungkidul. Kemudian, hasil analisis kualitatif melalui FGD menunjukkan bahwa dana BOK berperan sebagai faktor pendukung dalam sistem pelayanan pasien hipertensi tetapi bukan determinan utama capaian layanan kesehatan secara menyeluruh. Dana BOK yang dialokasikan cenderung terbatas pada fleksibilitas kebijakan dan belum berbasis beban penyakit.

**Kata Kunci:** SDM; Kepatuhan; Nakes Diklat; Dana BOK; Hipertensi.

## ABSTRACT

Indonesia faces public health challenges in the form of a triple burden of diseases, with non-communicable diseases (NCDs) being one of the most worrying. Hypertension is particularly significant due to its high prevalence and its nature as a “silent killer” that often has no symptoms but has a serious impact on health. This study aims to analyze the factors that influence the improvement of non-communicable disease services for hypertension and the dynamics of BOK fund distribution in community health centers in Gunungkidul Regency. The analysis method used in this study is sequential explanatory or a mixed method consisting of two stages of analysis, namely quantitative analysis followed by qualitative analysis. The results of quantitative analysis using multiple regression showed that the variables of human resources, compliance, and trained health workers had a significant effect, while the BOK fund variable did not have a significant effect on hypertension patient services in Gunungkidul Regency. Furthermore, the results of qualitative analysis through FGD showed that the BOK fund played a supporting role in the hypertension patient service system but was not the main determinant of overall health service achievement. The allocated BOK funds tend to be limited in terms of policy flexibility and are not yet based on disease burden.

**Keywords:** Human Resources; Compliance; Trained Health Workers; BOK Funds; Hypertension.

# **BAB I**

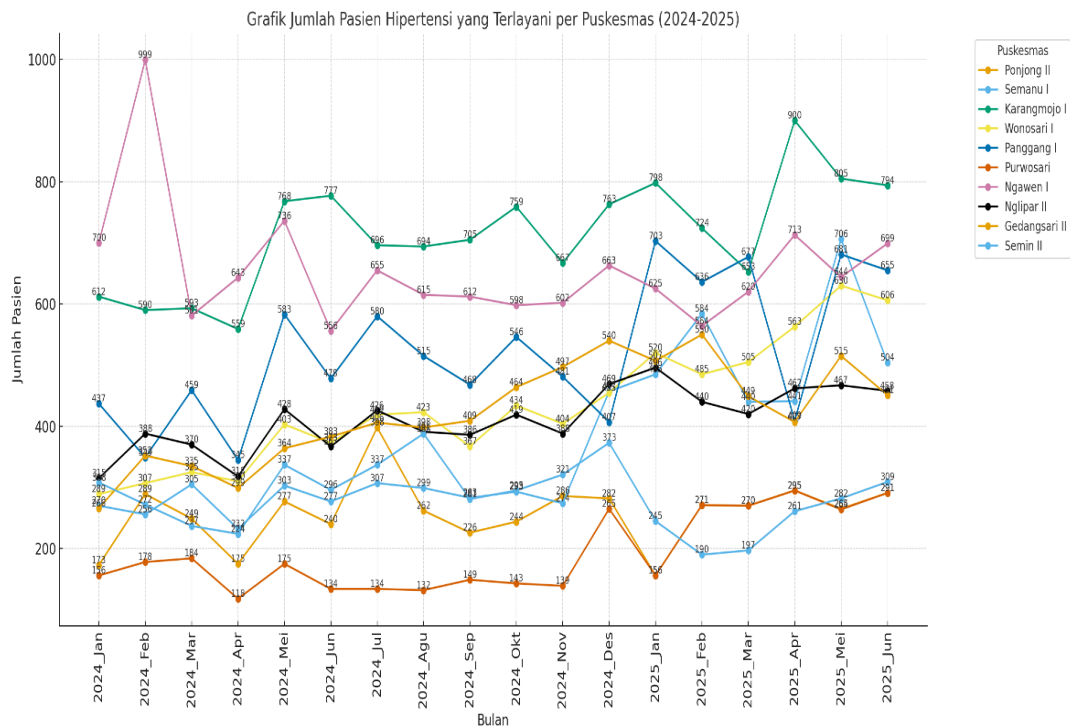
## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah salah satu faktor terpenting dalam keberlangsungan sumber daya manusia dan menjadi salah satu pendukung dalam pembangunan ekonomi. Indonesia menghadapi tantangan kesehatan masyarakat berupa *triple burden diseases* dengan Penyakit Tidak Menular (PTM) sebagai salah satu yang paling mengkhawatirkan. PTM hipertensi menempati posisi penting karena prevalensinya yang tinggi dan sifatnya sebagai "*silent killer*" yang sering tanpa gejala namun berdampak serius pada kesehatan.

Menurut *World Health Organization (WHO)* hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk berbagai penyakit kardiovaskular, stroke, dan gagal ginjal yang menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas global. Jumlah individu yang hidup dengan hipertensi meningkat dua kali lipat dari 650 juta pada tahun 1990 menjadi 1,3 miliar pada tahun 2019 (Release, 2021). Data riset kesehatan dasar yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan prevalensi penyakit tidak menular di Indonesia terutama hipertensi pada usia >18 tahun berdasarkan diagnosis dokter tahun 2023 yaitu sebesar 30,8% dari jumlah penduduk. Angka PTM hipertensi di Kabupaten Gunungkidul juga menduduki peringkat pertama 10 besar penyakit, yaitu 59.432 kasus atau 11,42% dari jumlah penduduk Kabupaten Gunungkidul (Kementerian Kesehatan, 2023). Penyakit hipertensi merupakan salah satu beban utama penyakit tidak menular (PTM) yang terus meningkat di Kabupaten Gunungkidul. Upaya peningkatan pelayanan kesehatan sangat penting untuk mencegah komplikasi dan menurunkan angka

morbiditas. Peningkatan prevalensi hipertensi tersebut menuntut perbaikan dan penguatan pelayanan kesehatan, terutama pada level fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas. Berikut ini gambaran kasus hipertensi dari beberapa puskesmas di Kabupaten Gunungkidul dari Januari 2024 hingga Juni 2025.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2025).

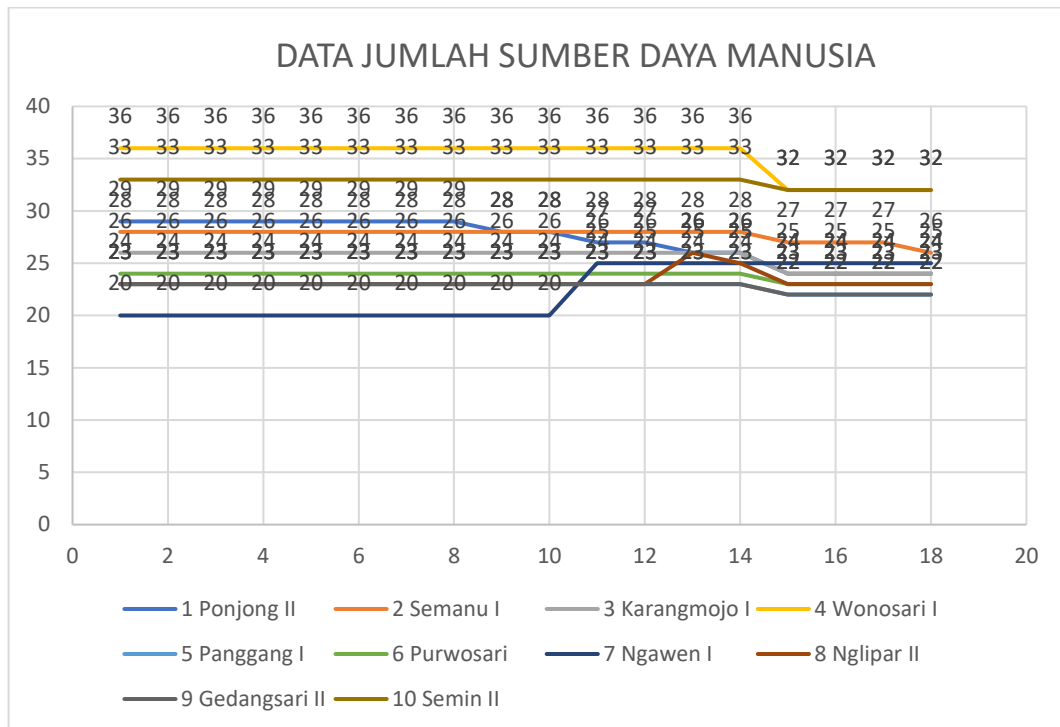
### Gambar 1.1 Jumlah Pasien Hipertensi yang terlayani

Berdasarkan Gambar 1.1 data realisasi pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul tahun 2024–2025, terlihat adanya fluktuasi jumlah pasien hipertensi yang terlayani di puskesmas. Pada beberapa bulan tertentu jumlah pasien menunjukkan peningkatan, sementara pada bulan lainnya terjadi penurunan. Grafik perkembangan tersebut menggambarkan adanya dinamika dalam capaian pelayanan kesehatan hipertensi yang kemungkinan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Fenomena ini menunjukkan bahwa peningkatan pelayanan kesehatan

hipertensi tidak hanya ditentukan oleh jumlah penderita, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor pendukung pelayanan.

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Upaya kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif (Kementerian Kesehatan, 2024).

Dalam pelaksanaan upaya kesehatan diperlukan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan yang berfungsi sebagai pelaksanaan semua kegiatan, baik kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif. Ketersediaan SDM kesehatan merupakan salah satu faktor kunci dalam peningkatan kualitas pelayanan penyakit tidak menular, termasuk hipertensi. Gambaran jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan di Kabupaten Gunungkidul dari 10 puskesmas sampel adalah sebagai berikut.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2025).

### Gambar 1. 2 Jumlah Sumber Daya Manusia

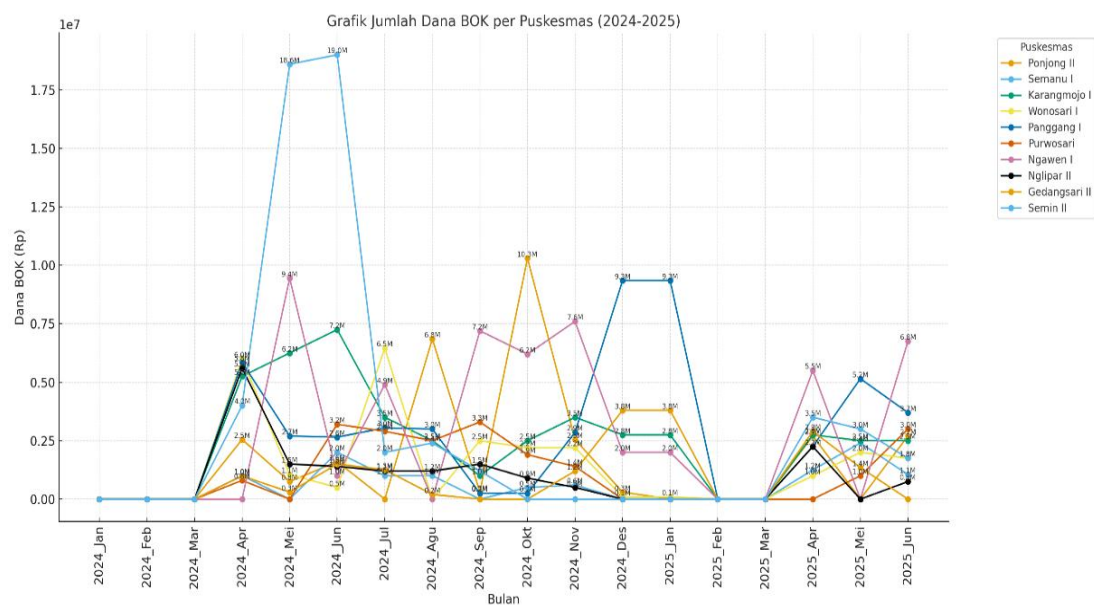
Gambar 1.2 jumlah SDM kesehatan di Kabupaten Gunungkidul menunjukkan bahwa pada tahun 2024 jumlah tenaga kesehatan di puskesmas relatif stabil dengan kisaran antara 20 orang di Puskesmas Ngawen I hingga 36 orang di Puskesmas Wonosari I. Menjelang akhir tahun, terdapat perubahan kecil, seperti Puskesmas Ponjong II yang turun dari 29 menjadi 27 orang, serta Puskesmas Ngawen I yang justru meningkat dari 20 menjadi 25 orang. Memasuki tahun 2025, tren penurunan lebih jelas terlihat pada sejumlah puskesmas, misalnya Puskesmas Wonosari I yang turun dari 36 menjadi 32 orang, Puskesmas Ponjong II dari 26 menjadi 24 orang, serta Puskesmas Semin II dari 33 menjadi 32 orang. Sebaliknya, Puskesmas Ngawen I justru mengalami kenaikan jumlah tenaga kesehatan menjadi stabil di angka 25 orang sepanjang tahun 2025. Perubahan jumlah SDM ini

berimplikasi pada beban kerja dan potensi mutu layanan kesehatan, khususnya pada pelayanan hipertensi di puskesmas.

Penelitian sebelumnya yaitu Nurqolby, et al., (2025) mengungkap pentingnya ketersediaan SDM dalam memastikan mutu pelayanan. Data dari Puskesmas Rappang menunjukkan bahwa ketika sumber daya manusia dinilai baik oleh sebagian besar responden, maka kualitas pelayanan juga dianggap baik oleh mayoritas. UPT Puskesmas Rappang menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas pelayanan. Sebanyak 70,7% responden menilai ketersediaan SDM berada pada kategori baik, dan sejalan dengan itu, 77,8% responden menilai kualitas pelayanan kesehatan juga baik. Temuan ini menegaskan bahwa semakin memadai ketersediaan SDM kesehatan, semakin tinggi pula kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Pemerintah daerah maupun pemerintah pusat melakukan berbagai upaya agar peran dan fungsi puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam menangani masalah kesehatan masyarakat akan semakin meningkat. Salah satu upaya pemerintah diantaranya adalah dukungan pemerintah pusat dengan diberikannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Program ini bertujuan untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer di puskesmas, termasuk upaya promotif dan preventif serta penanganan PTM seperti hipertensi. Dana BOK dialokasikan untuk mendukung berbagai kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, deteksi dini, dan monitoring pasien hipertensi guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Kesehatan Kementerian, 2023).

Pemerintah telah menyalurkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk mendukung program pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas, termasuk penanganan penyakit tidak menular seperti hipertensi. Dana BOK dimaksudkan untuk mendukung operasional kegiatan promotif dan preventif, serta meningkatkan jangkauan dan efektivitas layanan kesehatan dasar. Berikut ini gambaran pemanfaatan Dana BOK untuk penanganan PTM Hipertensi 10 puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2025).

### Gambar 1.3 Realisasi Dana BOK per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul

Berdasarkan Gambar 1.3 data realisasi dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk program pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) khususnya hipertensi, terlihat adanya variasi yang cukup besar antar puskesmas maupun antar bulan. Pada tahun 2024, terdapat fluktuasi signifikan dengan puncak realisasi terjadi bulan Mei–Juni. Sebaliknya, beberapa bulan seperti awal tahun dan Agustus menunjukkan penyerapan yang relatif rendah. Hal ini

menggambarkan adanya ketidakmerataan dalam alokasi maupun pemanfaatan dana BOK di tingkat puskesmas. Namun, pada tahun 2025 terlihat pola realisasi dana yang lebih merata dan stabil, meskipun nominal yang diserap relatif lebih kecil dibandingkan puncak realisasi tahun sebelumnya. Konsistensi penyerapan dana di beberapa puskesmas menunjukkan adanya perbedaan. Variasi ini penting untuk dianalisis lebih lanjut karena dapat memengaruhi efektivitas pelayanan hipertensi di tingkat primer.

Dana BOK adalah salah satu program utama yang dijalankan oleh Kementerian Kesehatan, bertujuan untuk mendukung daerah dalam memenuhi target nasional di bidang kesehatan yang merupakan kewenangan daerah. Tidak semua kabupaten atau kota memiliki dana yang cukup atau perhatian yang memadai untuk membiayai pembangunan kesehatan, terutama di puskesmas. Puskesmas memegang peranan penting karena menjadi titik sentral dalam upaya kesehatan di tingkat masyarakat, terutama dalam hal pemberdayaan dan pencegahan penyakit. Dana BOK secara khusus digunakan untuk meningkatkan kinerja puskesmas serta jaringannya, khususnya dalam penanganan penyakit tidak menular seperti hipertensi, serta poskesdes dan posyandu (Nopel, 2022). Penelitian ini memfokuskan pada pengelolaan dana BOK di daerah terpencil (Danau Kerinci). Peningkatan alokasi dana belum selalu sejalan dengan peningkatan kualitas layanan, khususnya pada pelayanan hipertensi. Dalam praktiknya, peningkatan pelayanan hipertensi dipengaruhi oleh berbagai faktor. Jumlah tenaga kesehatan yang memadai sangat diperlukan untuk memberikan layanan yang berkualitas dan merata. Selain itu, keberhasilan layanan juga dipengaruhi oleh kepatuhan pasien

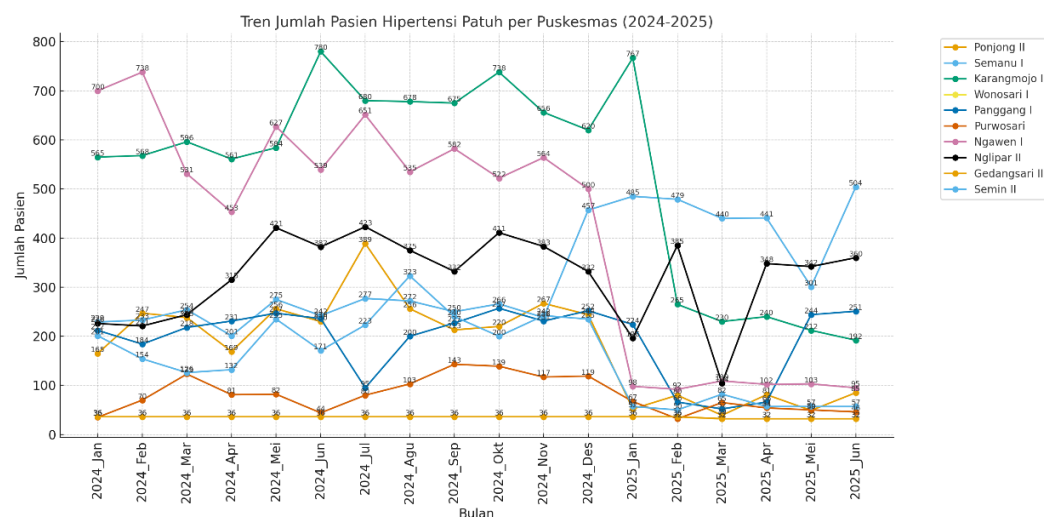
dalam menjalani kontrol rutin, terutama pada kasus hipertensi yang membutuhkan pemantauan jangka panjang. Di sisi lain, pelatihan tenaga kesehatan menjadi penting untuk meningkatkan kompetensi dan pengetahuan terkini dalam menangani hipertensi secara efektif dan efisien.

Pelaksanaan BOK masih menghadapi hambatan seperti keterlambatan anggaran dan kurangnya efektivitas kegiatan promotif. Program PTM termasuk hipertensi tercakup dalam kegiatan BOK, tetapi belum menjadi prioritas pelaporan dan evaluasi khusus (Hikmah, et al., 2022). Penelitian Wibowo, *et al.*, (2023), menemukan bahwa pengelolaan dana BOK di Dinas Kesehatan Merangin telah berjalan sesuai prosedur administratif, namun belum dianalisis secara kuantitatif untuk mengevaluasi efektivitas terhadap peningkatan pelayanan kesehatan.

Menurut Nguyen, et al., (2023)), efektivitas biaya program pencegahan penyakit tidak menular sangat dipengaruhi oleh ketersediaan data biaya dan hasil di tingkat lokal. Di banyak wilayah Asia Tenggara, keterbatasan anggaran dan kapasitas institusi menjadi hambatan dalam penerapan analisis *cost-effectiveness* yang komprehensif dan relevan dalam mempertimbangkan efisiensi penggunaan dana publik seperti dana BOK. Penelitian Megawati et al. ,(2023) mengukur efisiensi dan efektivitas penggunaan dana BOK di Puskesmas Gemaharjo, Pacitan. Hasil menunjukkan peningkatan capaian kinerja dari 2020 ke 2021. Penelitian ini Studi terbatas pada satu puskesmas, sehingga generalisasi hasil rendah dan tidak membahas faktor-faktor eksternal yang mungkin memengaruhi capaian kinerja.

Sejumlah studi telah mencerminkan rendahnya tingkat kepatuhan pasien hipertensi untuk melakukan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan, di mana banyak

pasien cenderung datang hanya ketika merasakan gejala atau komplikasi yang berdampak pada rendahnya angka deteksi dini dan keberhasilan pengendalian tekanan darah. Salah satu penelitian oleh Haslindah (2021) mendapatkan hasil kepatuhan pasien berobat lebih tinggi pada masyarakat perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi, dukungan keluarga, aksesibilitas layanan kesehatan, serta kondisi sosial ekonomi dan pendidikan. Berikut ini gambaran kepatuhan pasien hipertensi dari beberapa puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.



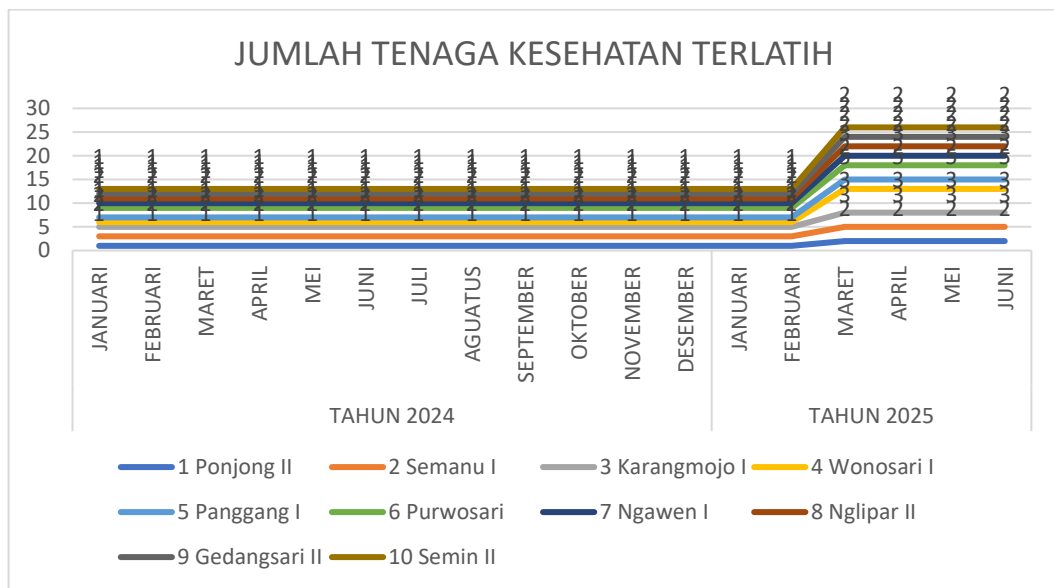
Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2025).

### Gambar 1.4 Jumlah Pasien Patuh dari 10 Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul

Berdasarkan Gambar 1.4 jumlah pasien patuh kontrol dari 10 Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul menunjukkan bahwa pasien hipertensi yang patuh melakukan kontrol rutin mengalami perubahan yang fluktuatif sepanjang periode Januari 2024 hingga Juni 2025. Pada awal tahun 2024, jumlah pasien patuh masih

relatif rendah, kemudian mengalami peningkatan secara bertahap pada triwulan pertama. Namun, kenaikan ini tidak berlangsung stabil, karena pada bulan-bulan tertentu terjadi penurunan jumlah pasien patuh, yang dapat dipengaruhi oleh faktor musiman, keterbatasan sumber daya kesehatan, maupun kesadaran pasien dalam melakukan kunjungan kontrol. Oleh karena itu, analisis faktor kepatuhan pasien hipertensi dalam kontrol lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan mutu pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.

Penelitian dari Purnomo E, et al., (2025) kompetensi tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat, dalam keberhasilan program penanggulangan hipertensi di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Peningkatan kompetensi petugas kesehatan berkontribusi signifikan terhadap capaian program. Hasilnya menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan pasien dalam mengikuti terapi serta penurunan prevalensi hipertensi sebesar 5–10% dalam kurun waktu dua tahun. Hal ini menegaskan bahwa kompetensi petugas, yang salah satunya dapat dibangun melalui pelatihan berkelanjutan, merupakan faktor penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Temuan ini mendukung urgensi pelatihan tenaga medis agar pelayanan hipertensi lebih efektif, komprehensif, dan berkelanjutan di tingkat pelayanan dasar. Berikut ini data jumlah tenaga kesehatan terlatih di 10 puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2025).

**Gambar 1.5 Jumlah Tenaga Kesehatan Terlatih per Puskesmas di  
Kabupaten Gunungkidul**

Berdasarkan Gambar 1.5 data tahun 2024, jumlah tenaga kesehatan terlatih di seluruh puskesmas relatif masih rendah dan cenderung stagnan. Mayoritas puskesmas hanya memiliki 1 orang tenaga kesehatan terlatih setiap bulannya, tetapi terdapat beberapa puskesmas dengan jumlah tenaga terlatih yang sedikit lebih banyak, yaitu 2 orang tenaga kesehatan secara konsisten setiap bulan sepanjang tahun 2024. Dengan demikian, pada tahun 2024 belum terdapat peningkatan signifikan dalam ketersediaan tenaga kesehatan terlatih. Memasuki tahun 2025, kondisi mulai menunjukkan perkembangan. Pada bulan Januari–Februari, jumlah tenaga kesehatan terlatih masih sama dengan tahun sebelumnya. Namun, mulai Maret 2025 hingga Juni 2025 terjadi peningkatan signifikan di beberapa puskesmas. Sementara itu, puskesmas lain yang sebelumnya hanya memiliki 1 tenaga kesehatan meningkat menjadi 2 orang tenaga kesehatan terlatih.

Penelitian-penelitian diatas belum terdapat kajian yang menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan pelayanan pada penyakit tidak menular hipertensi yang salah satu yang menjadi variabelnya adalah dana BOK. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha mengisi kesenjangan tersebut dengan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan pelayanan pada penyakit tidak menular hipertensi di puskesmas di Kabupaten Gunungkidul. Faktor-faktor yang diteliti meliputi jumlah tenaga kesehatan, jumlah dana BOK yang terserap, kepatuhan kontrol pasien hipertensi, serta pelatihan tenaga kesehatan. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi ilmiah dan praktis dalam perumusan kebijakan kesehatan daerah, serta menjadi masukan dalam optimalisasi penggunaan dana publik untuk pelayanan PTM yang lebih baik di masa mendatang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dari latar belakang yang telah diuraikan diperoleh rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pengaruh jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) tenaga kesehatan terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul?
2. Bagaimana pengaruh dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul?
3. Bagaimana pengaruh kepatuhan kontrol pasien hipertensi terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul?
4. Bagaimana pengaruh pelatihan tenaga kesehatan terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul?

### 1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Menganalisis pengaruh jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) tenaga kesehatan aktif terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.
2. Menganalisis pengaruh Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dialokasikan untuk kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.
3. Menganalisis pengaruh kepatuhan pasien hipertensi dalam melakukan kontrol ulang terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.
4. Menganalisis jumlah pelatihan tenaga kesehatan terkait PTM terhadap pelayanan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.

### 1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Pelayanan pada Penyakit Tidak Menular Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul memiliki manfaat sebagai berikut:

#### 1. **Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Gunungkidul**

Hasil penelitian dapat menjadi dasar pertimbangan dalam menyusun kebijakan kesehatan, terutama dalam pengalokasian tenaga kesehatan, pengelolaan dana BOK, dan program pelatihan yang tepat sasaran untuk menangani Penyakit Tidak Menular (PTM), khususnya hipertensi.

#### 2. **Bagi Puskesmas**

Hasil penelitian dapat memberikan gambaran mengenai faktor-faktor yang memengaruhi pelayanan hipertensi, sehingga dapat membantu

manajemen puskesmas dalam meningkatkan efektivitas pelayanan melalui perencanaan sumber daya, peningkatan kepatuhan pasien, serta optimalisasi penggunaan dana operasional.

### 3. Bagi Akademis

Hasil penelitian dapat menambah khazanah referensi bagi penelitian selanjutnya yang ingin mengeksplorasi efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan berbasis data kuantitatif, khususnya pada penyakit tidak menular seperti hipertensi.

## 1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam tesis terbagi menjadi lima bab sebagai berikut:

### **BAB I Pendahuluan**

Dalam bab ini diuraikan (1) latar belakang masalah yaitu uraian gambaran obyek dan topik penelitian, (2) rumusan masalah yaitu rumusan penelitian yang relevan dengan judul, (3) fokus penelitian yaitu batasan area, aspek dan periode waktu dari objek penelitian, (4) tujuan penelitian menjelaskan mengenai arah yang akan dicapai dari penelitian yang dilakukan, (5) manfaat penelitian menguraikan implikasi atau *outcome* dari penelitian.

### **BAB II Kajian Pustaka**

Bab ini mendeskripsikan teori yang terkait dengan penelitian, hasil penelitian sebelumnya yang relevan, pengembangan hipotesis berbasis teori dan hasil penelitian sebelumnya.

### **BAB III Metodologi Penelitian**

Bab ini menguraikan mengenai rancangan kegiatan yang akan dilakukan dalam rangka menjawab pokok masalah atau untuk membuktikan hipotesis yang dikemukakan. Secara garis besar bab ini berisi (1) populasi dan sampel yang menjelaskan polulasi dari penelitian serta metode sampling yang digunakan termasuk tahun pengambilan sampel, (2) sumber dan teknik pengumpulan data, (3) Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel Penelitian yang menjelaskan bagaimana secara teknis operasional mendefinisikan dan mengukur setiap variabel yang digunakan dalam penelitian, (4) Pengujian Hipotesis berisi pernyataan formal dari hipotesis operasional dan model statistik untuk menguji hipotesis.

### **BAB IV Analisis Data dan Pembahasan**

Bab ini menjelaskan tentang deskriptif profil obyek penelitian serta analisis data dan pembahasan.

### **BAB V Kesimpulan, Implikasi dan Saran**

Bab ini menjelaskan kesimpulan yang didapatkan dari pembahasan. Kesimpulan harus konsisten dengan permasalahan dan tujuan penelitian.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kajian Teori**

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu fokus utama pembangunan nasional, terutama dalam menghadapi tantangan Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti hipertensi yang prevalensinya terus meningkat. Di Indonesia, hipertensi menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas sehingga memerlukan penanganan yang terstruktur dan berkelanjutan, khususnya di tingkat layanan kesehatan dasar. Kabupaten Gunungkidul sebagai bagian dari Daerah Istimewa Yogyakarta juga mengalami beban yang cukup tinggi akibat hipertensi, sehingga menuntut efektivitas dalam pengelolaan sumber daya, termasuk pembiayaan kesehatan.

Dalam rangka mendukung operasional pelayanan kesehatan, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan membuat kebijakan-kebijakan, salah satu kebijakan yang diambil adalah menyalurkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke berbagai daerah, termasuk Kabupaten Gunungkidul. Dana ini bertujuan untuk mendukung kegiatan promotif dan preventif, serta memperkuat layanan kesehatan primer di puskesmas. Namun, penting untuk memastikan bahwa penggunaan dana BOK dilakukan secara efisien agar mampu memberikan dampak yang optimal terhadap peningkatan pelayanan kesehatan, khususnya dalam penanganan hipertensi. Selain itu, pengaturan SDM di setiap fasilitas kesehatan milik

pemerintah juga harus diperhatikan, karena dalam melaksanakan pelayanan kesehatan memerlukan sumber daya manusia kesehatan yang memadai. Hal itu bertujuan agar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dapat berjalan dengan baik. Tenaga kesehatan yang terdiri dari berbagai keahlian saling bekerja sama dalam memberikan pelayanan.

### **2.1.1 Penyakit Tidak Menular Hipertensi**

Hipertensi di dalam buku Buku Ajar Menangani Hipertensi (dr. Andrianto, 2022) didefinisikan sebagai suatu kondisi di mana tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg yang diukur dalam dua kali kunjungan berbeda. Menurut *Harrison's Manual of Medicine* edisi ke-20 (2020), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara kronis, seperti yang ditetapkan oleh Pedoman Hipertensi 2017. Hipertensi merupakan kontributor utama terhadap penyakit dan komplikasi kardiovaskular dimana etiologinya tidak diketahui pada 80–95% pasien atau disebut "hipertensi esensial". Selalu pertimbangkan bentuk hipertensi sekunder yang dapat dikoreksi, terutama pada pasien berusia  $\leq 30$  tahun atau mereka yang menjadi hipertensi setelah usia 55 tahun. Hipertensi sistolik terisolasi (sistolik  $\geq 140$  mmHg, diastolik  $< 90$  mmHg) paling umum terjadi pada pasien lanjut usia sebagai akibat penurunan kepatuhan vaskular.

Menurut Nuridayanti (2024) hipertensi atau tekanan darah tinggi, adalah kondisi medis jangka panjang di mana tekanan darah di arteri terus meningkat. Peningkatan tekanan darah ini dapat menyebabkan kerusakan

pada organ-organ tubuh jika tidak dikendalikan. Hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau diastolik  $\geq 90$  mmHg pada dua kali pengukuran dalam kondisi istirahat. Penanganannya memerlukan pendekatan jangka panjang yang terintegrasi oleh layanan kesehatan primer, termasuk puskesmas (Cahyadi, et al., 2022).

Menurut Rahmawati, (2025) hipertensi dapat menyebabkan komplikasi serius seperti penyakit jantung dan stroke sehingga kepatuhan pengobatan menjadi faktor penting dalam keberhasilan terapi. Rendahnya kepatuhan pengobatan sering kali disebabkan oleh kurangnya pemahaman pasien terhadap penyakitnya. Sari et al., (2023) juga menekankan pentingnya pengetahuan pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap penggunaan obat antihipertensi. Dengan pengetahuan yang baik, pasien lebih mampu memahami kondisi kesehatan mereka dan risiko dari tidak mengonsumsi obat secara rutin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan Posbindu PTM yang mencakup aspek *tangibility*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy* berpengaruh signifikan terhadap tingkat kepuasan pasien hipertensi.

### **2.1.2 Jumlah Pasien Hipertensi yang Terlayani**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024, pasien hipertensi yang terlayani adalah individu yang telah terdiagnosis hipertensi dan menerima pelayanan kesehatan sesuai standar, termasuk pengukuran tekanan darah, edukasi, pengobatan, pemantauan, dan rujukan bila diperlukan, baik di puskesmas, posbindu, maupun fasilitas

kesehatan lanjutan (Kementrian Kesehatan, 2024). Pasien yang telah melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan (puskesmas) minimal satu kali pemeriksaan dalam satu tahun dan didiagnosa hipertensi oleh dokter yang memeriksa dan diberikan pelayanan sesuai standar sudah merupakan pasien hipertensi yang terlayani. Oleh karenanya, semua pasien yang pernah berkunjung ke puskesmas sampel dan melakukan pemeriksaan dan terdiagnosis hipertensi dan diberikan pelayanan sesuai standar sudah dihitung sebagai pasien hipertensi yang terlayani.

### **2.1.3 Jumlah SDM Puskesmas**

Sumber Daya Manusia (SDM) di puskesmas adalah tenaga kesehatan yang diperlukan untuk mendukung pelayanan kesehatan primer, yang terdiri dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung maupun penunjang kesehatan (Kementrian kesehatan, 2024). Menurut Permenkes No.19 tahun 2024 beberapa komponen penting SDM puskesmas yang berperan dalam PTM Hipertensi antara lain:

#### **1. Dokter Umum**

Dokter umum adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran. Dalam pelayanan PTM Hipertensi dokter umum bertanggung jawab dalam melakukan diagnosis, menentukan terapi, serta melakukan evaluasi terhadap pengobatan pasien hipertensi. Dokter juga berperan dalam penanganan kasus-kasus komplikasi dan merujuk ke fasilitas rujukan jika diperlukan.

## 2. Perawat

Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan komunitas. Perawat memiliki peran dalam melakukan pemeriksaan tekanan darah, pemantauan kondisi pasien secara berkala, serta memberikan edukasi dasar mengenai gaya hidup sehat kepada pasien dan keluarga. Perawat juga terlibat dalam pelaksanaan program kunjungan rumah dan Posbindu PTM.

## 3. Bidan

Bidan adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, kehamilan, persalinan, dan nifas. Dalam PTM Hipertensi, bidan memiliki peran dalam melakukan pengukuran tekanan darah pada pasien dewasa, khususnya pada kelompok ibu-ibu yang menjadi sasaran layanan rutin dan mengidentifikasi faktor risiko hipertensi pada pasien selama pemeriksaan rutin (misalnya saat ANC/PNC atau KB).

## 4. Tenaga Promosi Kesehatan (Promkes)

Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam merancang dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat masyarakat. Promkes berfungsi untuk merancang dan melaksanakan kegiatan edukasi serta promosi gaya hidup sehat untuk mencegah dan mengontrol hipertensi. Promkes juga menjalin kerja sama dengan masyarakat dan kader untuk memperkuat perubahan perilaku.

## 5. Petugas Gizi

Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan gizi, termasuk penilaian status gizi dan konseling nutrisi. Dalam PTM Hipertensi petugas gizi memberikan konseling gizi kepada pasien hipertensi terkait pengaturan diet rendah garam, rendah lemak dan pola makan seimbang menjadi sangat penting dalam mengontrol tekanan darah.

## 6. Tenaga Laboratorium

Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mendukung diagnosis dan pemantauan kesehatan. Tenaga laboratorium mendukung diagnosis dan pemantauan pasien hipertensi melalui pemeriksaan laboratorium seperti gula darah, kolesterol, atau fungsi ginjal yang sering berkaitan dengan komplikasi hipertensi.

## 7. Manajemen Puskesmas (Kepala Puskesmas dan Tata Usaha)

Kepala puskesmas adalah pejabat fungsional atau struktural yang diberi tanggung jawab untuk memimpin dan mengelola seluruh aspek operasional puskesmas, baik dari sisi pelayanan kesehatan maupun administrasi yang bertindak sebagai manajer utama yang menjembatani kebijakan pemerintah, kebutuhan masyarakat, dan pelaksanaan teknis di lapangan. Dalam konteks pelayanan hipertensi, kepala puskesmas memiliki tanggung jawab penting untuk menyusun strategi deteksi dini dan penanganan hipertensi, meningkatkan kapasitas petugas dalam penanganan kasus hipertensi, memastikan tersedianya sarana dan logistik seperti alat

pengukur tekanan darah, obat antihipertensi, dan bahan edukasi, memanfaatkan Dana BOK secara optimal untuk kegiatan promotif dan preventif di masyarakat, termasuk di Posbindu PTM.

#### 8. Tenaga Tata Usaha atau Administrasi

Tenaga tata usaha atau administrasi di puskesmas merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dasar yang berfungsi untuk menyokong kelancaran operasional dan manajemen internal, termasuk dalam program pelayanan penyakit tidak menular seperti hipertensi. Tata usaha mendukung penyelenggaraan administrasi, logistik, dan keuangan puskesmas untuk semua program. Meskipun tidak terlibat langsung dalam tindakan medis, tenaga administrasi berkontribusi besar dalam menjamin efisiensi pelaksanaan program dan penggunaan sumber daya.

Pengelolaan peran tenaga administrasi diantaranya adalah, pertama menyusun data dan pelaporan. Tenaga administrasi bertugas mencatat, mengelola, dan merekap data kunjungan pasien, termasuk pasien hipertensi. Data tersebut menjadi dasar untuk pelaporan rutin ke dinas kesehatan serta sebagai bahan evaluasi dan perencanaan program. Kedua, administrasi program dan keuangan (termasuk dana BOK), mereka membantu pengelolaan administrasi kegiatan yang dibiayai oleh Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), termasuk pencatatan penggunaan dana, pengarsipan dokumen pertanggungjawaban dan koordinasi kebutuhan logistik untuk kegiatan lapangan seperti skrining dan edukasi hipertensi. Ketiga, tenaga administrasi memiliki tanggung jawab dalam memastikan kelengkapan dan

kerapihan arsip rekam medis pasien, termasuk riwayat pengobatan pasien hipertensi, sehingga memudahkan petugas medis dalam penanganan lanjutan. Keempat, Pelayanan Informasi dan Pendaftaran bertugas melayani proses administrasi pendaftaran pasien, termasuk memastikan pasien hipertensi yang datang untuk kontrol rutin terdaftar sesuai jadwal, serta memfasilitasi alur pelayanan agar tertib dan tidak tumpang tindih dan yang kelima adalah dukungan logistik dan operasional, tenaga administrasi juga membantu dalam pengadaan dan distribusi kebutuhan operasional seperti formulir, alat tulis kantor, serta pendukung kegiatan luar gedung yang meliputi penyuluhan, posbindu dan lain sebagainya.

#### **2.1.4 Dana Bantuan Operasional Kesehatan**

Dana Bantuan Operasional Kesehatan yang selanjutnya disingkat dana BOK adalah dana alokasi khusus nonfisik untuk membantu mendanai kegiatan operasional bidang kesehatan yang merupakan urusan daerah sesuai dengan program prioritas nasional bidang kesehatan. Dana BOK diperuntukkan bagi dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai pelaksana program kesehatan. Untuk pemerataan akses dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, diperlukan dukungan dana transfer ke daerah berupa Bantuan Operasional Kesehatan melalui dana alokasi khusus nonfisik dana BOK diluncurkan bertujuan mempercepat dan mendorong pengembangan bidang kesehatan di Indonesia. Dana BOK

dikelola dan disalurkan oleh puskesmas melalui dinas kesehatan kabupaten atau kota (Kementrian Kesehatan, 2023).

Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan bentuk dukungan pembiayaan dari pemerintah pusat kepada daerah untuk memperkuat penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar, terutama pada kegiatan promotif dan preventif. Rahayu, et al., (2023) menjelaskan bahwa dana BOK mendukung peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat di tingkat puskesmas, termasuk kegiatan kunjungan rumah dan penyuluhan. Menurut Maisya et a. (2020). salah satu aspek penting yang memengaruhi pelaksanaan kegiatan dan peningkatan akses layanan kesehatan di puskesmas adalah keberadaan dana dari Bantuan Operasional Kesehatan. Dana BOK perlu dimanfaatkan secara efisien dan efektif serta dikelola secara mandiri oleh puskesmas karena hal tersebut menjadi indikator utama dalam mengevaluasi kinerja program. Sejak peluncuran kebijakan BOK pada tahun 2010, anggarannya terus mengalami peningkatan setiap tahunnya sebagai upaya memperkuat pembangunan sektor kesehatan (Hikmah,et al., 2022).

Dana BOK dinas kesehatan kabupaten/kota sebagaimana disebutkan di PMK Nomor 37 Tahun 2023 diperuntukkan untuk kegiatan penurunan AKI-AKB dan perbaikan gizi masyarakat, upaya deteksi dini preventif dan respons penyakit, upaya gerakan masyarakat hidup sehat, penguatan koordinasi tata kelola UKM sekunder, dukungan akreditasi rumah sakit tipe D pratama, dukungan mutu dan akreditasi FKTP, kefarmasian dan bahan

medis habis pakai, pelayanan kesehatan bergerak, penguatan kolaborasi puskesmas dengan klinik pratama dan tempat praktik mandiri dokter (TPMD) dalam pelayanan program prioritas, peningkatan kapasitas laboratorium kesehatan daerah menuju standar *biosafety level* dua, kalibrasi alat kesehatan, pelatihan atau peningkatan kapasitas tenaga kesehatan untuk topik prioritas dan peningkatan kapasitas kader kesehatan untuk topik prioritas (Kesehatan Kementrian, 2023).

### **2.1.5 Kepatuhan Pasien Hipertensi dalam Kontrol**

Kepatuhan pengobatan adalah tingkat kesediaan serta sejauh mana upaya dan perilaku seorang pasien dalam mematuhi instruksi, aturan atau anjuran medis yang diberikan oleh seorang dokter atau profesional kesehatan lainnya untuk menunjang kesembuhan pasien tersebut. Kepatuhan merupakan perilaku yang tidak mudah untuk dijalankan karena untuk mencapai kesembuhan dari suatu penyakit diperlukan kepatuhan atau keteraturan berobat bagi setiap pasien. Pasien dianggap patuh dalam pengobatan adalah yang menyelesaikan proses pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus. Kepatuhan pengobatan merupakan perilaku pasien secara luas yaitu termasuk di dalamnya melaksanakan pengobatan, mengikuti diet dan mengubah gaya hidup. Agar seseorang patuh diperlukan komitmen dan partisipasi semua petugas sistem pelayanan kesehatan. Ketidapatuhan berobat merupakan suatu problematika yang membutuhkan strategi inovatif yang berbeda, tergantung ketersediaan sumber di

lingkungan tersebut dan kerja sama serta dukungan petugas kesehatan, konselor, masyarakat dan anggota keluarga (WHO, 2003).

### **2.1.6 Pelatihan Tenaga Kesehatan**

Pelatihan tenaga kesehatan dalam pelayanan Penyakit Tidak Menular (PTM) bertujuan untuk meningkatkan kompetensi petugas kesehatan dalam pencegahan, deteksi dini, dan penatalaksanaan PTM, terutama di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Pelatihan ini mencakup berbagai aspek, termasuk KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) tentang PTM, deteksi dini faktor risiko, konseling berhenti merokok, dan tindak lanjut pasien PTM. Selain itu, pelatihan ini juga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam pelayanan PTM, membekali tenaga kesehatan dengan kompetensi untuk melakukan deteksi dini, konseling dan penatalaksanaan PTM, meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan KIE tentang PTM dan faktor risikonya serta meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan rujukan pasien PTM (Kemenkes, 2019).

## **2.2. Penelitian Terdahulu**

Kajian penelitian terdahulu memiliki peran fundamental dalam penyusunan karya ilmiah ini sebagai upaya untuk memetakan orisinalitas dan kebaruan (*novelty*) penelitian. Melalui penelaahan terhadap hasil-hasil studi sebelumnya, peneliti dapat mengidentifikasi celah penelitian (*research gap*) serta membangun landasan teoretis yang kokoh mengenai dinamika penatalaksanaan penyakit tidak menular (PTM). Selain itu, kajian literatur

berfungsi sebagai instrumen untuk menghindari terjadinya duplikasi penelitian serta memberikan arah dalam penentuan metodologi yang paling relevan guna menjawab permasalahan yang diangkat.

Penelitian (Nopel, 2022) melakukan penelitian tentang pengelolaan dana BOK di daerah terpencil di kecamatan Danau Kerinci berfokus menyoroti implementasi pengelolaan dana BOK dan kendala yang dihadapi pada tingkat puskesmas di daerah terpencil. Pengelolaan dana BOK sudah baik dan sesuai juknis, akan tetapi tidak mendukung dalam pelayanan terhadap masyarakat. Menurut Hikmah, et al., (2022) pelaksanaan BOK masih menghadapi hambatan seperti keterlambatan anggaran dan kurangnya efektivitas kegiatan promotif. Program PTM termasuk hipertensi tercakup dalam kegiatan BOK, tetapi belum menjadi prioritas pelaporan dan evaluasi khusus.

Wibowo, et al., (2023) menemukan bahwa pengelolaan dana BOK di Dinas Kesehatan Merangin telah berjalan sesuai prosedur administratif, tetapi belum dianalisis secara kuantitatif untuk mengevaluasi efektivitas terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Nguyen, et al., (2023) berpendapat bahwa efektivitas biaya program pencegahan penyakit tidak menular sangat dipengaruhi oleh ketersediaan data biaya dan hasil di tingkat lokal. Di banyak wilayah Asia Tenggara, keterbatasan anggaran dan kapasitas institusi menjadi hambatan dalam penerapan analisis *cost-effectiveness* yang komprehensif, yang relevan dalam mempertimbangkan efisiensi penggunaan dana publik seperti BOK.

Penelitian Megawati et al., (2023), mengukur efisiensi dan efektivitas penggunaan dana BOK di Puskesmas Gemaharjo, Pacitan. Hasil menunjukkan peningkatan capaian kinerja dari 2020 ke 2021. Penelitian ini terbatas pada satu puskesmas, sehingga generalisasi hasil rendah dan tidak membahas faktor-faktor eksternal yang mungkin memengaruhi capaian kinerja. Penelitian tentang efisiensi dan efektivitas dana Bantuan Operasional Kesehatan di kabupaten Pacitan berfokus pada pengukuran efisiensi dan efektivitas penggunaan dana serta tingkat kemandirian puskesmas dalam mendukung program kesehatan menunjukkan bahwa pengelolaan dana BOK di puskesmas Gemaharjo.

Studi tentang pelaksanaan pengelolaan dan pemanfaatan dana BOK di Medan mengulas implementasi pengelolaan dan pemanfaatan dana BOK di kota besar dengan tantangan yang berbeda dari daerah terpencil. Tahap perencanaan sudah disesuaikan dengan juknis yang ada, tahap pelaksanaan dalam implementasi dan pemanfaatan dana BOK sudah berusaha sesuai target akan tetapi belum tercapai. Dan pada tahap pencatatan dan pelaporan sudah dilakukan dengan baik (Nasywa et al., 2024).

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk menilai pengaruh dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terhadap peningkatan pelayanan kesehatan, khususnya dalam konteks penyakit tidak menular seperti hipertensi. Penelitian oleh Nopel (2022) menggambarkan implementasi dana BOK di wilayah terpencil Danau Kerinci, menyoroti tantangan geografis dan teknis dalam pelaksanaan program. Penelitian ini

memberikan gambaran nyata tentang kesenjangan pelayanan dan realisasi dana di daerah terpencil, namun belum menilai dampaknya terhadap indikator layanan hipertensi secara langsung. Hikmah et al., 2022 secara khusus mengulas hambatan implementasi dana BOK untuk penyakit tidak menular, seperti ketidaksesuaian antara prioritas program dan kebutuhan di lapangan. Penelitian ini menegaskan pentingnya penguatan aspek pelaporan dan koordinasi dalam program BOK agar lebih efektif.

Penelitian Wibowo, et al., (2023) menekankan kepatuhan administratif pelaksanaan dana BOK di Dinas Kesehatan Merangin. Hasil penelitian menunjukkan prosedur telah berjalan sesuai standar, tetapi efektivitas dan dampaknya terhadap hasil layanan kesehatan masih belum dianalisis secara kuantitatif. Nguyen, et al., (2023) memberi sudut pandang regional dengan mengevaluasi efektivitas biaya program PTM di Asia Tenggara, termasuk Indonesia. Penelitian ini menekankan pentingnya efisiensi alokasi sumber daya, tetapi keterbatasannya terletak pada minimnya fokus pada unit layanan seperti puskesmas. Penelitian Megawati et al., (2023) secara langsung mengevaluasi efisiensi dana BOK di Puskesmas Gemaharjo, Pacitan. Penelitian ini menyoroti adanya peningkatan capaian program dan efektivitas penggunaan dana, meskipun skala penelitian masih terbatas pada satu fasilitas layanan. Terakhir, Nasywa et al., (2024) menyajikan pendekatan menyeluruh dari perencanaan hingga pelaporan Dana BOK di Kota Medan. Meskipun demikian, aspek kuantitatif

untuk mengukur dampak terhadap pelayanan hipertensi belum dilakukan secara spesifik.

Berdasarkan kajian terhadap penelitian terdahulu, dapat dilihat bahwa sebagian besar penelitian mengenai pelayanan kesehatan, khususnya terkait hipertensi masih bersifat deskriptif. Penelitian-penelitian sebelumnya cenderung menekankan satu faktor tunggal, misalnya implementasi dana BOK, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, atau kepatuhan pasien dalam minum obat antihipertensi. Hal ini tentu memberikan kontribusi dalam memahami peran masing-masing faktor, tetapi belum memberikan gambaran menyeluruh mengenai pengaruh simultan dari faktor-faktor tersebut terhadap peningkatan pelayanan hipertensi.

Selain itu, sebagian penelitian terdahulu lebih berfokus pada pelayanan kesehatan secara umum atau pada kelompok penyakit tidak menular (PTM) secara agregat dan belum menyoroti hipertensi secara spesifik. Padahal, hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular dengan prevalensi tinggi dan dampak besar terhadap kesehatan masyarakat, termasuk di Kabupaten Gunungkidul. Oleh karena itu, penelitian ini berbeda dengan penelitian terdahulu dimana perbedaan terletak pada penggunaan metode penelitian yaitu pendekatan kuantitatif dengan analisis regresi panel untuk menguji pengaruh simultan empat faktor utama, yaitu ketersediaan sumber daya manusia, pemanfaatan dana BOK, kepatuhan pasien hipertensi, dan pelatihan tenaga kesehatan terhadap peningkatan pelayanan

hipertensi di Kabupaten Gunungkidul. Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti empiris yang lebih komprehensif serta rekomendasi kebijakan yang lebih tepat sasaran bagi pemerintah daerah dalam upaya pengendalian hipertensi.

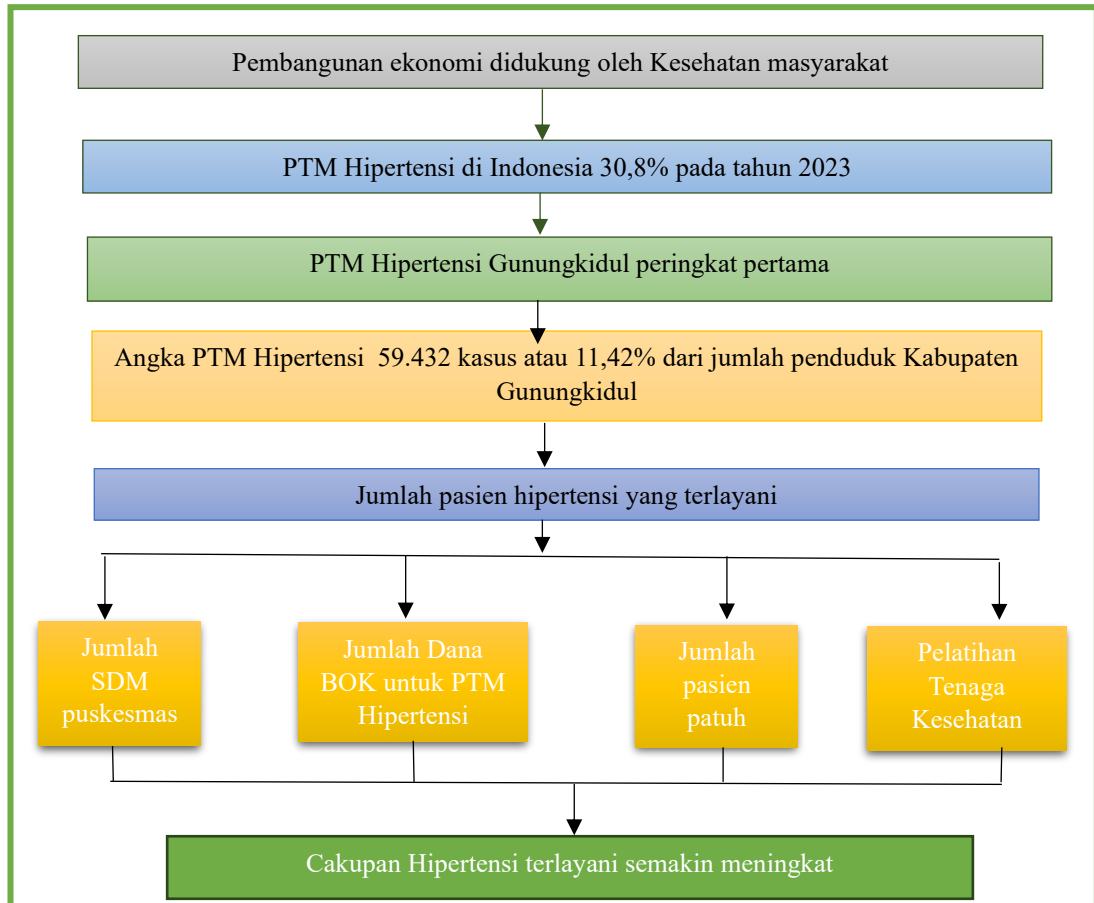
### **2.2.1 Keunggulan Penelitian yang sudah ada**

Studi-studi sebelumnya menyediakan konteks nyata tentang pelaksanaan dana BOK di berbagai wilayah, memberikan masukan kebijakan mengenai efisiensi dan tantangan teknis pelaksanaan dan beberapa studi fokus pada layanan primer dan PTM. Dari penelitian-penelitian sebelumnya juga memberikan kajian yang mengenai implementasi pengelolaan dana BOK di tingkat lokal (puskesmas), sehingga menghasilkan data empiris yang relevan dengan konteks setempat. Penelitian-penelitian tersebut menggunakan pendekatan kualitatif yang memungkinkan eksplorasi rinci terhadap hambatan-hambatan operasional, termasuk perencanaan anggaran, penggunaan dana, hingga pelaporan, selain itu juga memberikan rekomendasi yang spesifik untuk meningkatkan manajemen terutama pada aspek administrasi dan koordinasi lintas sektor menggunakan kombinasi pendekatan kualitatif dan kuantitatif memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai efektivitas program (Megawati et al., 2023; Nasywa et al., 2024). Penelitian Megawati et al., 2023 menonjol dengan penggunaan indikator kemandirian puskesmas, yang jarang dibahas dalam penelitian lain.

### **2.2.2 Kelemahan atau Ruang Pengembangan yang dapat Dilakukan**

Penelitian-penelitian sebelumnya sangat minim menggunakan pendekatan kuantitatif untuk menilai dampak langsung dana BOK, SDM dan faktor lain yang mempengaruhi peningkatan pelayanan hipertensi. Penelitian terbatas pada skala daerah atau unit layanan tertentu, sehingga generalisasi terbatas. Beberapa studi terlalu fokus pada aspek administratif dan belum menghubungkan dengan capaian hasil layanan kesehatan secara menyeluruh. Selain itu penelitian sebelumnya juga cenderung terbatas pada evaluasi pelaksanaan program, belum ada yang menganalisa dampak langsung terhadap indikator kesehatan masyarakat, khususnya dalam peningkatan layanan terhadap penyakit tidak menular (PTM). Analisis kuantitatif terkait hubungan antara alokasi dana dengan output dan *outcome* kesehatan belum ada.

### 2.3. Kerangka Analisis



**Gambar 2. 1 Kerangka Analisis**

Pelayanan Penyakit Tidak Menular khususnya hipertensi, membutuhkan dukungan sumber daya dan strategi yang tepat agar efektif. Jumlah SDM kesehatan menentukan kapasitas puskesmas dalam menyelenggarakan layanan secara optimal. Dana BOK dialokasikan oleh pemerintah untuk mendanai kegiatan promotif dan preventif di puskesmas, termasuk penanggulangan hipertensi, kepatuhan pasien hipertensi dalam kontrol sangat penting agar risiko dari penyakit hipertensi dapat terkendali. Selain itu, pelatihan tenaga

kesehatan dalam pelayanan PTM juga sangat diperlukan agar dapat mendukung peningkatan pelayanan PTM hipertensi.

#### **2.4. Hipotesis Penelitian**

Pernyataan hipotesis dikembangkan dari landasan teori serta literatur sebelumnya yang digunakan penulisan ini. Berdasarkan landasan teori serta literatur sebelumnya maka hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut. :

1. Diduga jumlah SDM puskesmas memiliki pengaruh signifikan positif terhadap pelayanan PTM hipertensi di Gunungkidul.
2. Diduga jumlah dana BOK sangat berpengaruh signifikan positif pelayanan PTM Hipertensi di Gunungkidul.
3. Diduga jumlah pasien hipertensi patuh kontrol berpengaruh signifikan positif pada cakupan pelayanan hipertensi di Gunungkidul.
4. Diduga jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan penanganan PTM hipertensi berpengaruh signifikan positif pada pelayanan pasien hipertensi.
5. Diduga terdapat pengaruh signifikan positif secara simultan antara jumlah tenaga kesehatan, dana BOK untuk PTM, kepatuhan kontrol pasien hipertensi dan pelatihan tenaga kesehatan terhadap pelayanan hipertensi di puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis dan Sumber Data**

Penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu data pasien hipertensi yang terlayani, jumlah Sumber Daya Manusia (SDM), data realisasi dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk PTM, jumlah pasien hipertensi patuh kontrol dan data tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan PTM tiap puskesmas yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Gunungkidul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang secara administratif terdiri dari 30 Puskesmas yang tersebar di berbagai kecamatan. Kabupaten Gunungkidul dipilih sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan karakteristik geografisnya yang beragam meliputi kawasan pegunungan dan pesisir yang secara potensial menciptakan disparitas akses layanan kesehatan.

#### **3.2 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul yang berjumlah 30 puskesmas. Populasi ini dipandang homogen dalam hal fungsi layanan, namun heterogen dalam kapasitas sumber daya dan output pelayanan, sehingga sesuai untuk dilakukan eksplorasi terhadap variasi determinan peningkatan layanan hipertensi. Penentuan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* digunakan karena peneliti memiliki pertimbangan tertentu dalam memilih sampel berdasarkan kelengkapan dan relevansi data (Sugiyono, 2021). Teknik *purposive*

*sampling*. merupakan metode non-probabilistik berbasis pertimbangan khusus, dengan tujuan memperoleh unit observasi yang memiliki kelengkapan data dan relevansi tinggi terhadap fokus penelitian. Berdasarkan jumlah populasi awal sebanyak 30 puskesmas, diambil jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 10 puskesmas dengan kriteria pertimbangan berikut ini:

1. Puskesmas yang menyelenggarakan program layanan hipertensi secara reguler dalam kerangka kegiatan PTM.
2. Puskesmas yang memiliki laporan bulanan yang lengkap dan dapat diakses selama 18 bulan berturut-turut (Januari 2024 – Juni 2025).
3. Puskesmas yang memiliki dokumentasi pelaksanaan pelatihan tenaga kesehatan dan laporan penggunaan dana BOK.
4. Puskesmas yang mewakili daerah perkotaan dan pinggiran yang mewakili keseluruhan puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

### **3.3 Definisi Operasional dan Variabel Penelitian**

#### **3.3.1 Variabel Dependen**

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau variabel yang dijelaskan oleh variabel bebas. Variabel dependen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pasien hipertensi yang terlayani di seluruh puskesmas di Kabupaten Gunungkidul dari kurun waktu Januari 2024 sampai dengan Juni 2025 yang diperolah dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. Pasien hipertensi yang terlayani yaitu individu yang telah didiagnosis menderita hipertensi dan memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup deteksi dini, pengobatan, tindak lanjut, dan edukasi kesehatan baik di fasilitas kesehatan

seperti puskesmas, posbindu, rumah sakit maupun melalui layanan berbasis masyarakat. dalam penelitian ini menggunakan data jumlah pasien hipertensi yang terlayani masing-masing dari 30 puskesmas di Gunungkidul.

### **3.3.2 Variabel Independen**

Variabel independen merupakan variabel yang memengaruhi atau menjelaskan variabel dependen. Berikut variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini

#### **1. Jumlah Sumber Daya Manusia (SDM)**

Jumlah SDM yang dimaksud adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan PTM hipertensi. Komponen SDM dapat mencakup dokter umum, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan, petugas gizi, tenaga laboratorium, dari tenaga yang lainnya dari masing-masing puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

#### **2. Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)**

Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang diberikan pada tiap puskesmas di seluruh puskesmas di Kabupaten Gunungkidul yang direncanakan untuk kegiatan pelayanan PTM dari kurun waktu Januari 2024 s.d Juni 2025 yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

3. Pasien Hipertensi patuh kontrol (Patuh)

Pasien Hipertensi patuh kontrol yang dimaksud adalah jumlah pasien hipertensi yang teratur kontrol setiap bulan pada tiap puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

4. Tenaga Kesehatan mengikuti pelatihan PTM (Nakes Diklat)

Jumlah tenaga kesehatan tiap puskesmas yang telah mengikuti pelatihan PTM

### 3.4 Metode Analisis

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Sequential Explanatory* atau metode campuran yang terdiri dari dua tahap analisis, yaitu analisis kuantitatif dan dilanjutkan dengan analisis kualitatif (Cresswell & Plano, 2018). Pada tahap pertama, bertujuan untuk mengukur hubungan antar variabel secara objektif dan terukur. Metode analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda (*multiple regression*) berupa data panel, yaitu kombinasi antara data runtut waktu (*time series*) dan data silang (*cross section*). Analisis dengan regresi panel dipilih karena mampu menangkap dinamika perubahan antar waktu sekaligus perbedaan karakteristik antar unit pengamatan (antar puskesmas) Metode analisis yang digunakan adalah regresi data panel dengan pendekatan *Fixed Effect Model* (FEM).

Pada tahap kedua, bertujuan untuk memperdalam dan memperluas temuan hasil analisis numerik melalui FGD bersama informan-informan khusus dari Puskesmas Karangmojo I dan Ponjong II berdasarkan kriteria puskesmas yang memiliki UGD dan tidak memiliki UGD. Hal ini dilakukan sebagai konfirmasi

dan pendalaman pemahaman komprehensif atas hasil analisis kuantitatif yang sudah dilakukan pada tahap sebelumnya.

### 3.5 Analisis Regresi Data Panel

Model *Fixed Effect* dipilih karena diasumsikan terdapat perbedaan karakteristik khusus pada masing-masing puskesmas yang memengaruhi jumlah pasien hipertensi terlayani, tetapi karakteristik tersebut bersifat tetap sepanjang periode penelitian dan tidak dapat diukur secara langsung namun dapat memengaruhi variabel dependen. Dengan menggunakan FEM, perbedaan tersebut dapat dikendalikan sehingga estimasi parameter menjadi lebih akurat. FEM mampu mengontrol perbedaan tersebut dengan mengasumsikan bahwa intercept dapat berbeda untuk setiap individu, tetapi slope antar variabel tetap sama.

Menurut Baltagi (2005) pendekatan FEM sangat tepat digunakan apabila data panel memiliki karakteristik heterogen antar unit misalnya antar daerah, instansi, atau individu, sehingga dengan memasukkan efek tetap, model dapat menghindari bias estimasi akibat *omitted variable* yang bersifat time-invariant. Dengan kata lain, FEM dapat menangkap pengaruh faktor spesifik yang tetap (*constant over time*) dan berbeda antar unit observasi. Sementara Baltagi, (2021) juga menegaskan bahwa FEM tetap relevan pada konteks analisis panel data modern, terutama dalam riset sosial-ekonomi dan kebijakan publik. FEM lebih unggul dibanding *Random Effect Model* (REM) ketika terdapat korelasi antara variabel independen dengan efek individual yang tidak teramati. Dengan demikian, penggunaan FEM dalam penelitian ini dapat meningkatkan validitas

hasil estimasi serta menghasilkan temuan yang lebih akurat dalam menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan pelayanan kesehatan hipertensi di Kabupaten Gunungkidul. Persamaan model penelitian ini dituliskan sebagai berikut:

$$HT_{it} = \beta_0 + \beta_1 SDM_{it} + \beta_2 BOK_{it} + \beta_3 Patuh_{it} + \beta_4 Nakes Diklat_{it} + \varepsilon_{it}$$

Keterangan:

HT : Jumlah Pasien Hipertensi yang memperoleh pelayanan (Orang)

SDM : Jumlah SDM Puskesmas (Orang)

BOK : Jumlah Dana yang digunakan kegiatan PTM hipertensi (Rupiah)

Patuh : Jumlah Pasien Hipertensi yang patuh/kontrol secara teratur (Orang)

Nakes : Jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan diklat PTM (Orang)

$\beta_0$  : Konstanta Regresi

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$  : Koefisien Regresi masing-masing variabel independen

$\varepsilon_{it}$  : Error term (gangguan residu) pada unit ke- $i$  dan waktu ke- $t$

### 3.5.1 Uji Pemilihan Model

Menurut Baltagi (2005; 2021), terdapat beberapa pendekatan utama dalam regresi panel, yaitu *Common Effect Model* (CEM), *Fixed Effect Model* (FEM), dan *Random Effect Model* (REM). Oleh karena itu, sebelum menentukan model yang paling sesuai, dilakukan serangkaian uji spesifikasi model sebagai berikut:

**a. Uji Chow (*Chow Test*)**

Uji Chow dilakukan untuk membandingkan apakah model *Common Effect* lebih baik dibandingkan *Fixed Effect*.

Hipotesis:

$H_0$  : Model yang tepat adalah *Common Effect Model*.

$H_1$  : Model yang tepat adalah *Fixed Effect Model*.

Jika nilai Prob. Chi-square  $< \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak, sehingga FEM lebih sesuai dibandingkan CEM.

**b. Uji Hausman (*Hausman Test*)**

Uji Hausman digunakan untuk membandingkan antara *Fixed Effect Model* (FEM) dan *Random Effect Model* (REM). Hipotesis yang terbentuk sebagai berikut:

$H_0$  : Model yang tepat adalah *Random Effect Model*.

$H_1$  : Model yang tepat adalah *Fixed Effect Model*.

Jika nilai Prob. Chi-square  $< \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak, sehingga FEM lebih sesuai dibandingkan REM.

**c. Uji Lagrange Multiplier (LM Test, Breusch–Pagan)**

Uji LM digunakan untuk memilih antara *Common Effect Model* (CEM) dengan *Random Effect Model* (REM). Uji ini relevan apabila Uji Chow menolak FEM.

Hipotesis yang terbentuk untuk uji LM sebagai berikut:

$H_0$  : Model *Common Effect* yang terbaik

$H_1$  : Model *Random Effect* yang terbaik

Jika nilai probabilitas *Breusch-Pagan* (BP)  $> \alpha = 0,05$ , maka gagal menolak  $H_0$ , sehingga model *Common Effect* lebih baik. Jika nilai probabilitas Breusch-Pagan

(BP)  $< \alpha = 0,05$ , maka menolak  $H_0$  atau  $H_a$  diterima, yang berarti model Random Effect lebih baik.

### 3.5.2 Uji Statistik

Dalam analisis regresi data panel, diperlukan pengujian statistik untuk menilai apakah model yang digunakan memiliki tingkat kelayakan yang baik dalam menjelaskan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Beberapa uji yang digunakan antara lain:

#### 3.5.2.1. Nilai Koefisien Determinasi ( $R^2$ )

Koefisien determinasi digunakan untuk mengukur sejauh mana variabel independen mampu menjelaskan variasi variabel dependen dalam model regresi. Nilai  $R^2$  berkisar antara 0 hingga 1. Semakin mendekati 1, maka semakin besar proporsi variasi variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabel independen, sehingga model dianggap semakin baik. Namun demikian, nilai  $R^2$  yang tinggi tidak selalu menunjukkan model yang sempurna, sehingga tetap diperlukan interpretasi hati-hati dengan mempertimbangkan uji F dan uji t. Berikut merupakan aturan yang digunakan dalam interpretasi nilai koefisien determinasi:

- Nilai  $R^2 = 0$  artinya variabel independen sama sekali tidak menjelaskan variasi variabel dependen.
- Nilai  $R^2$  mendekati 1 artinya variabel independen dapat menjelaskan hampir seluruh variasi variabel dependen.
- Semakin tinggi nilai  $R^2$ , semakin baik model dalam menjelaskan hubungan, tetapi tetap harus diperkuat dengan uji F dan uji T.

### 3.5.2.2. Uji Simultan (Uji F)

Uji F dilakukan untuk mengetahui apakah semua variabel independen yang terdapat dalam model regresi secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Dengan kata lain, uji ini digunakan untuk menguji hipotesis nol ( $H_0$ ) bahwa semua koefisien regresi variabel independen sama dengan nol, yang berarti variabel-variabel tersebut tidak berpengaruh terhadap variabel dependen. Jika nilai probabilitas (p-value) lebih kecil dari tingkat signifikansi ( $\alpha$ ), maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel independen secara simultan berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Berikut merupakan hipotesis yang terbentuk untuk uji simultan:

$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = 0$  artinya semua variabel independen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

$H_1 : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq 0$  artinya semua variabel independen berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.

Kriteria Pengujian:

- Jika p-value  $< \alpha$ , maka  $H_0$  ditolak artinya variabel independen secara simultan berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen.
- Jika p-value  $\geq \alpha$ , maka  $H_0$  diterima artinya variabel independen secara simultan tidak berpengaruh signifikan.

### 3.5.2.3. Uji Parsial (Uji T)

Uji t digunakan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen secara individu (parsial) terhadap variabel dependen. Uji ini menguji apakah koefisien regresi suatu variabel independen berbeda secara signifikan dari nol.

Hipotesis nol ( $H_0$ ) menyatakan bahwa variabel independen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Jika nilai probabilitas (p-value) lebih kecil dari  $\alpha$ , maka  $H_0$  ditolak, sehingga variabel independen tersebut berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Hipotesis untuk setiap variabel meliputi:

**1) Variabel SDM**

$H_0: \beta_1 = 0$  (SDM tidak berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

$H_1: \beta_1 \neq 0$  (SDM berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

**2) Variabel BOK**

$H_0: \beta_2 = 0$  (BOK tidak berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

$H_1: \beta_2 \neq 0$  (BOK berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

**3) Variabel Patuh**

$H_0: \beta_3 = 0$  (Pasien hipertensi yang patuh kontrol tidak berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

$H_1: \beta_3 \neq 0$  (Pasien hipertensi yang patuh kontrol berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

**4) Variabel Nakes Diklat**

$H_0: \beta_4 = 0$  (Nakes Diklat tidak berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

H1:  $\beta_4 \neq 0$  (Nakes Diklat berpengaruh terhadap pasien hipertensi yang memperoleh layanan)

Rumus t-hitung sebagai berikut:

$$t - \text{hitung} = \beta_i / Se(\beta_i)$$

Kriteria Pengujian:

- Jika  $t\text{-hitung} < t\text{-tabel}$ , maka  $H_0$  ditolak artinya variabel independen tidak signifikan mempengaruhi variabel dependen.
- Jika  $t\text{-hitung} > t\text{-tabel}$ , maka menerima  $H_0$  artinya variabel independen tidak signifikan mempengaruhi variabel dependen.

### **3.6 Analisis Kualitatif**

#### **3.6.1 Objek Penelitian**

Analisis kualitatif yang diterapkan dalam penelitian ini adalah metode *Focus Group Discussion* (FGD). Sampel yang digunakan dalam penelitian kualitatif berjumlah 10 puskesmas dari teknik *purposive sampling* dengan dasar kriteria bahwa puskesmas-puskesmas tersebut mewakili daerah perkotaan dan pegunungan. Kemudian, dari 10 sampel puskesmas diambil sampel 2 puskesmas yaitu Puskesmas Karangmojo I dan Puskesmas Ponjong II. Dalam penelitian ini subjek yang menjadi titik fokus adalah keseluruhan sumber daya manusia yaitu pihak-pihak yang terlibat dalam pengelolaan dana BOK dibidang kesehatan.

#### **3.6.2 Sumber Data**

Penentuan sumber data dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling* dengan pertimbangan tertentu dan khusus (Sugiyono, 2013). Pemilihan

sampel secara *purposive* dalam penelitian ini mengikuti syarat-syarat yang harus dipenuhi sebagai berikut:

1. Puskesmas rawat inap yang memiliki fasilitas UGD 24 jam
2. Puskesmas non rawat inap yang tidak memiliki fasilitas UGD 24 jam

Dalam penelitian ini mengambil 2 puskesmas yang mewakili syarat tersebut, yaitu Puskesmas Karangmojo I sebagai UPT non rawat inap yang tidak memiliki fasilitas UGD 24 Jam dan Puskesmas Ponjong II sebagai UPT rawat inap yang memiliki fasilitas UGD 24 Jam. Sumber data untuk penelitian ini adalah kebijakan manajerial tentang dana BOK dalam pengaturan SDM di Puskesmas. Sebagai sumber data utama, kedua puskesmas tersebut menyediakan informasi-informasi penting yang menjadi fokus dalam penelitian.

### **3.6.3 Informan Penelitian**

Informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi secara faktual (Moelong, 2002). Penentuan informan dilakukan dengan menentukan ciri-ciri spesifik dan karakteristik yang mampu mewakili tujuan dari penelitian. Penelitian ini menerapkan FGD sebagai salah satu teknik pengumpulan data kualitatif yang dilakukan dengan cara diskusi kelompok terarah melibatkan beberapa informan kunci untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam terkait distribusi dan peran dana BOK terhadap pelayanan pasien hipertensi ditingkat Puskesmas. Secara mendalam, FGD dilakukan untuk memperkuat hasil analisis secara kualitatif dengan tujuan khusus sebagai berikut:

- a. Memperoleh pemahaman mengenai kendala dan tantangan operasional dana BOK bagi pelayanan pasien hipertensi di Puskesmas.

- b. Menggali persepsi dari informan-informan mengenai tinjauan teknis penyaluran dan manfaat dana BOK bagi keberlangsungan pelayanan pasien hipertensi di Puskesmas.
- c. Memvalidasi dan mengkonfirmasi hasil analisis kuantitatif dengan temuan empiris di lapangan.
- d. Merumuskan rekomendasi kebijakan berbasis perspektif praktisi (*stakeholder*).

FGD akan dilakukan di 2 puskesmas yang berbeda, yaitu puskesmas yang memiliki fasilitas UGD 24 jam dan puskesmas yang tidak memiliki fasilitas UGD 24 jam dimana dalam penelitian ini mengacu pada Puskesmas Karangmojo I dan Ponjong II. Peserta FGD berjumlah 5 orang dari masing-masing puskesmas dengan total 10 orang peserta FGD dengan rincian tertulis dalam tabel berikut:

**Tabel 3.1 Informan FGD**

No	Jenis Informan	Puskesmas Sasaran FGD	Jabatan Informan	Jumlah Informan
1	Informan Kunci	Puskesmas Karangmojo I	Kepala Puskesmas	1
			Bendahara BOK	1
			Pemegang Program PTM	1
			Tenaga Kesehatan Pelaksana (terlatih PTM)	1
			Petugas Promosi Kesehatan	1

2		Puskesmas Ponjong II	Kepala Puskesmas	1
			Bendahara BOK	1
			Pemegang Program PTM	1
			Tenaga Kesehatan Pelaksana (terlatih PTM)	1
			Petugas Promosi Kesehatan	1
<b>Total Informan FGD</b>			<b>10 Orang</b>	

### 3.6.4 Teknik Pengumpulan Data

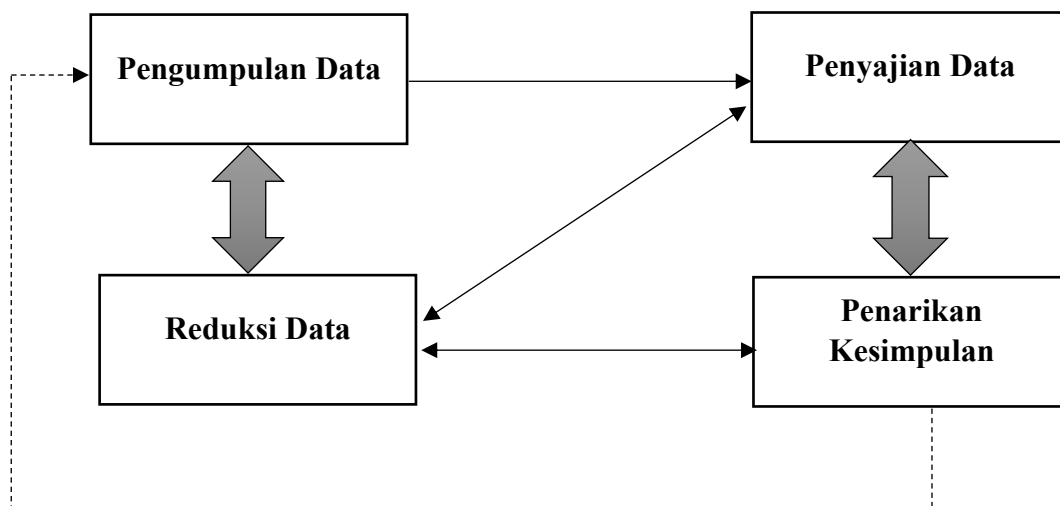
Teknik pengumpulan data yang diterapkan dalam penelitian ini adalah wawancara bersama pihak-pihak yang akan memberikan informasi secara jelas, runtut dan komprehensif. Wawancara merupakan pertemuan dua individu yang bertujuan untuk bertukar informasi dan ide melalui sesi diskusi dan tanya jawab terhadap suatu fenomena tertentu (Sugiyono, 2013). Dalam hal ini peneliti juga mengajukan beberapa pertanyaan kepada informan terpilih untuk memperoleh data-data khusus yang berkaitan dengan penelitian. Teknik wawancara yang diterapkan dalam penelitian ini adalah wawancara terstruktur dimana peneliti sudah menyusun daftar pertanyaan yang akan diajukan kepada para informan berkaitan dengan topik kebijakan manajerial tentang dana BOK dalam pengaturan SDM di Puskesmas. Dalam wawancara terstruktur, terdapat tiga langkah yang perlu diperhatikan untuk menggali informasi

bersama informan sebagai berikut:

- a. Pembukaan, yaitu ketika peneliti memberikan penjelasan mengenai topik yang dibicarakan kepada informan dengan menciptakan suasana yang kondusif.
- b. Implementasi, yaitu momen memasuki inti diskusi secara tajam dan komprehensif bersama dengan informan.
- c. Penutup, yaitu kegiatan menyimpulkan hasil keseluruhan wawancara bersama informan secara tajam, terperinci dan substantif untuk memperoleh hasil penelitian yang komprehensif.

### 3.6.5 Teknik Analisis Data

Penelitian kualitatif menggunakan data deskriptif berupa narasi tertulis yang selanjutnya dianalisis menggunakan teori yang berhubungan dengan permasalahan dalam penelitian yang dilaksanakan. Miles, Huberman & Saldana (2014) menjelaskan terdapat empat teknik analisis dalam data kualitatif sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Teknis Analisis Data Kualitatif**

#### a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah awal yang dilakukan dalam

penelitian kualitatif dengan mengumpulkan berbagai data yang diperoleh melalui wawancara, dokumentasi maupun observasi. Data lapangan yang diperoleh akan diuraikan secara lengkap dalam bentuk laporan maupun transkrip wawancara yang detail dan komprehensif. Hal ini bertujuan untuk mempermudah analisis pada tahap selanjutnya yaitu reduksi data.

#### **b. Reduksi Data**

Reduksi data merupakan bentuk analisis yang bertujuan untuk menajamkan, mereduksi, mengklasifikasikan dan mengorganisaikan hasil penelitian menjadi satu kesatuan yang sederhana agar lebih mudah dipahami. Pada tahap ini, data-data hasil wawancara yang tidak memiliki kesinambungan dengan topik penelitian akan disortir kembali untuk memperoleh hasil yang informatif. Oleh sebab itu, hasil penelitian kualitatif dapat disederhanakan kembali melalui ringkasan singkat yang substansif dan bermakna.

#### **c. Penyajian Data**

Penyajian data merupakan menyusun informasi-informasi yang telah direduksi untuk dapat ditarik suatu kesimpulan. Dalam data kualitatif penyajian data dapat dilakukan dengan beberapa bentuk seperti narasi ringkas, matriks, bagan informatif dan hubungan antar kategori yang diberikan kode. Tahap penyajian data merupakan faktor utama untuk penarikan kesimpulan dengan bahasa yang informatif, runtut dan komprehensif. Hal tersebut dapat mempermudah *stakeholders* dalam menyusun kerangka kebijakan di masa mendatang.

#### **d. Penarikan Kesimpulan**

Penarikan kesimpulan merupakan tahap akhir dalam analisis data kualitatif dengan menjelaskan temuan terbaru yang mampu meningkatkan nilai tambah bagi jalannya penelitian. Kesimpulan yang diperoleh dapat berupa hipotesis apabila belum terdapat teori dan data empirik yang mendukungnya. Hal tersebut dapat mempermudah *stakeholders* dalam menyusun kerangka kebijakan di masa mendatang.

## **BAB IV**

### **HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Penelitian**

##### **4.1.1 Profil Kabupaten Gunungkidul dan Unit Kerja Puskesmas**

Kabupaten Gunungkidul adalah salah satu dari lima kabupaten/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Kondisi demografi berdasarkan data kependudukan dan catatan sipil diketahui jumlah penduduk Kabupaten Gunungkidul sekitar 776.584 ribu jiwa dengan kepadatan penduduk yang relatif rendah yaitu sekitar 525 jiwa/km<sup>2</sup> (Dukcapil Gunungkidul, 2024). Persebaran penduduk cenderung tidak merata bahkan lebih padat di wilayah perkotaan seperti Wonosari dibandingkan wilayah pinggiran seperti pesisir selatan. Kondisi ini cenderung mempengaruhi persebaran unit layanan kesehatan tingkat desa melihat persebaran penduduk yang jauh lebih padat di kota dibandingkan desa, sehingga unit layanan kesehatan perlu mendapatkan prioritas penuh di tingkat desa.

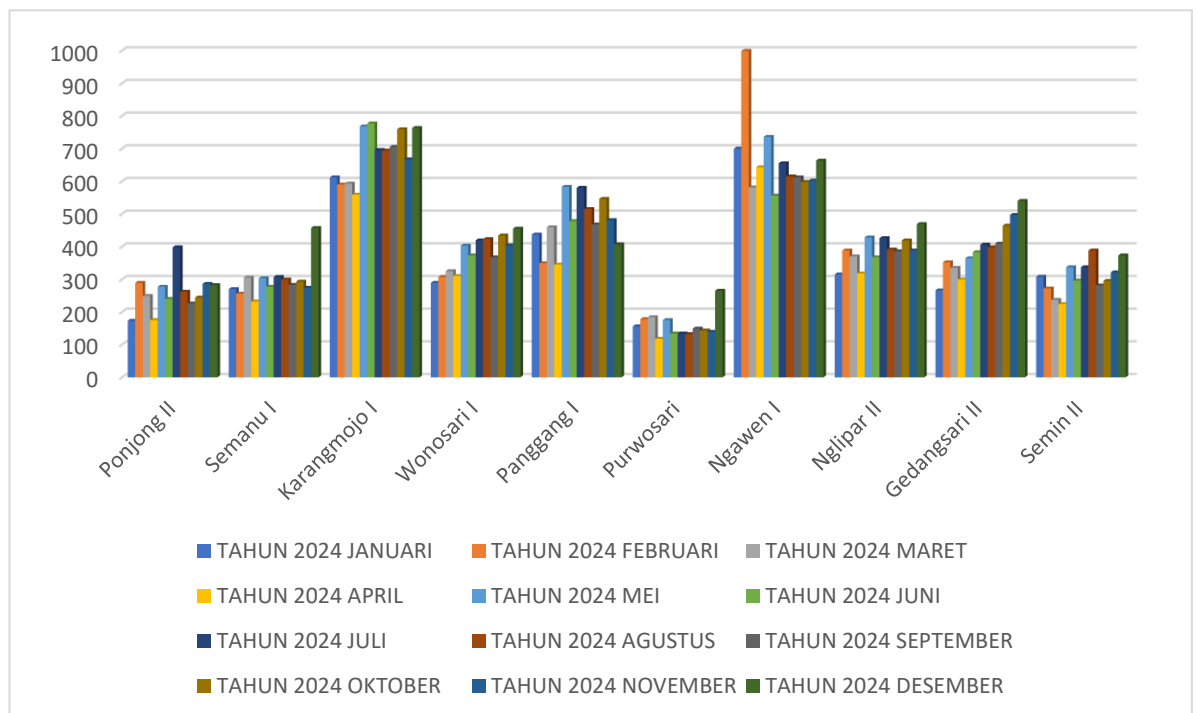
Berdasarkan aspek geografis, wilayah di Kabupaten Gunungkidul didominasi oleh perbukitan karst dengan dengan topografi yang bergelombang dan kontur relatif curam di beberapa lokasi tertentu. Kondisi ini memberikan dampak yang cukup nyata bagi keberlangsungan aktivitas sosial ekonomi masyarakat terutama dalam aspek aksesibilitas layanan kesehatan yang belum merata antar kecamatan dan desa. Untuk itu perlunya pembangunan puskesmas sebagai layanan kesehatan tingkat primer dengan tujuan meningkatkan capaian kesehatan di masyarakat. Hal ini ditegaskan dalam kerangka kebijakan desentralisasi dan reformasi sistem kesehatan nasional yang menyatakan bahwa puskesmas berperan sebagai sentral utama pelayanan

kesehatan masyarakat. Sebagaimana yang dipahami dalam kerangka kesehatan puskesmas merupakan pelaksana bagi beberapa program prioritas nasional meliputi penurunan angka kematian ibu dan bayi, perbaikan gizi masyarakat terutama pada anak, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan penurunan stunting. Keberhasilan program-program tersebut didukung oleh Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Bidang Kesehatan dan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) (Kemenkes RI, 2020).

Penelitian ini mengambil wilayah observasi 10 UPT Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul dengan periode pengamatan dimulai dari Januari 2024-Juni 2025 selama 18 bulan berturut-turut. Dasar pemilihan periode waktu tersebut disesuaikan dengan turunnya Dana Bantuan Operasional Khusus (BOK) ke puskesmas yang memang dijadwalkan sekitar triwulan I atau bulan februari atau maret. Sepuluh puskesmas yang menjadi objek penelitian melayani masyarakat dengan karakteristik sosial ekonomi yang beragam. Sebagian besar puskesmas berada di wilayah kerja yang melayani desa-desa dengan permasalahan gizi kronis, balita yang kurang sehat dan tingginya prevalensi ibu hamil kekurangan energi kronis (Dinas Kesehatan DIY, 2023). Puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan tingkat primer tidak hanya bertugas sebagai pendukung pelayanan kuratif melainkan mengelola dan memanfaatkan Dana BOK untuk menyelenggarakan intervensi kesehatan secara meluas meliputi gizi, edukasi kesehatan serta kegiatan lintas sektor terutama dalam penanganan pasien hipertensi.

#### 4.1.2 Dinamika Pelayanan Pasien Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul

Hipertensi menjadi salah satu penyakit tidak menular dengan kontribusi terbesar terhadap beban layanan unit kesehatan primer di Kabupaten Gunungkidul. Melihat karakteristik demografis dan geografis wilayah yang didominasi oleh kawasan pedesaan, jarak antar pemukiman yang relatif jauh dan struktur masyarakat usia lanjut yang memiliki proporsi besar menjadikan hipertensi sebagai masalah yang butuh penanganan jangka panjang. Puskesmas sebagai fasilitas layanan kesehatan menjadi media pendeteksi dini kasus hipertensi mulai dari pemantauan rutin, pengobatan dan edukasi kesehatan terhadap pasien.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2024)

**Gambar 4.1 Grafik Jumlah Pasien Hipertensi per Wilayah Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Periode Januari-Desember Tahun 2024**

Data tersebut menunjukkan dinamika pelayanan hipertensi di 10 puskesmas Kabupaten Gunungkidul sepanjang tahun 2024 dimana terdapat variasi yang cukup

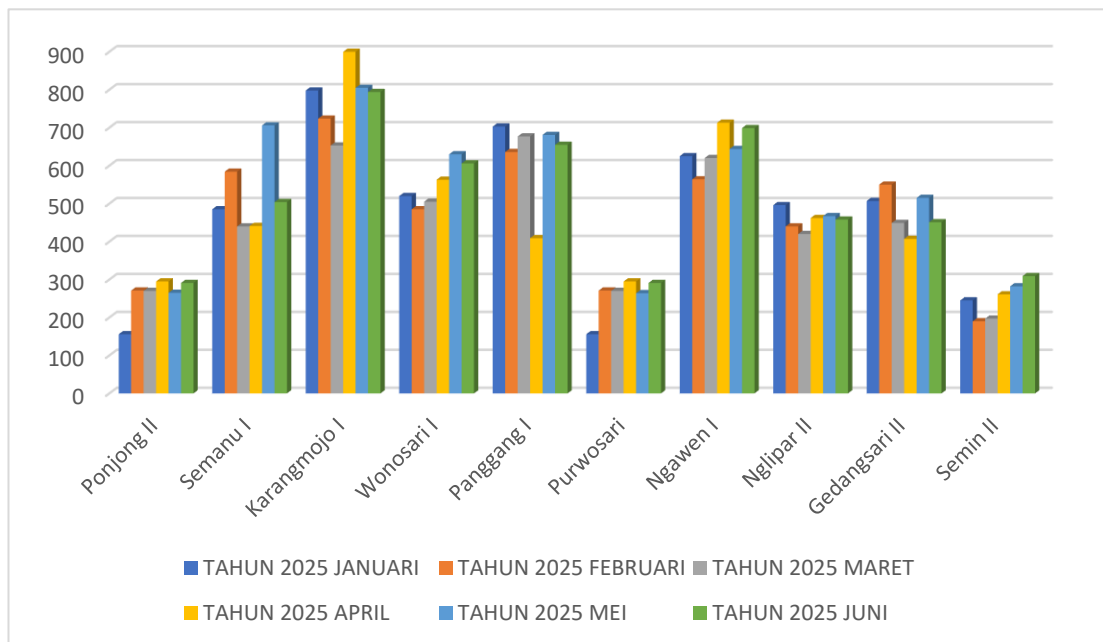
signifikan antar puskesmas maupun periode. Sepanjang tahun 2024 setiap bulannya jumlah pasien hipertensi di 10 unit kerja puskesmas Gunungkidul mencatat 118 pasien sampai 1000 pasien. Kondisi tersebut mencerminkan bahwa terdapat heterogenitas beban pelayanan kesehatan yang dialami oleh seluruh struktur puskesmas di wilayah tersebut.

Puskesmas Ngawen I menjadi wilayah kerja dengan jumlah pasien hipertensi sepanjang tahun 2024 yakni mencapai 700 pasien pada bulan Januari dan meningkat tajam pada bulan Februari hingga mencapai 999 pasien. Kemudian mengalami penurunan pada bulan Maret menjadi 581 pasien dan relatif stabil pada kisaran 556-663 pasien hingga akhir tahun 2024. Tingginya lonjakan pasien pada bulan Februari diasumsikan terjadi karena adanya kegiatan skrining intensif dari pihak puskesmas sehingga berdampak langsung pada peningkatan jumlah pasien hipertensi di unit kerja Ngawen I.

Puskesmas Karangmojo I, Panggang I, Wonosari I, Nglipar I dan Gedangsari II cenderung menunjukkan tren jumlah pasien yang relatif stabil. Fluktuasi jumlah pasien hipertensi hanya terlihat pada bulan-bulan tertentu terkhusus menjelang akhir tahun yang menandakan adanya pengaruh kegiatan kesehatan seperti Posbindu PTM, pemeriksaan kesehatan rutin serta aktivitas penunjang diiringi realisasi anggaran operasional. Kondisi tersebut mencerminkan karakter pelayanan hipertensi yang dipengaruhi oleh intensitas skrining seperti kegiatan promotif dan preventif.

Sebaliknya, data menunjukkan aktivitas yang relatif rendah di Puskesmas Ponjong II dan Purwosari dengan rata-rata 158-258 pasien setiap bulannya. Rendahnya jumlah pasien tersebut dapat disebabkan karena beberapa kemungkinan

seperti jumlah penduduk yang lebih sedikit, keterbatasan akses dan rendahnya akses layanan kesehatan oleh masyarakat. Dalam tinjauan kerangka *Health System Responsiveness* oleh WHO kondisi tersebut perlu penguatan pendekatan berbasis komunitas untuk meningkatkan cakupan pelayanan hipertensi dengan berbagai karakteristik demografis, sosial dan ekonomi masyarakat.



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2024)

#### **Gambar 4.2 Grafik Jumlah Pasien Hipertensi per Wilayah Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Periode Januari-Desember Tahun 2024**

Data tersebut menunjukkan dinamika pelayanan hipertensi di 10 puskesmas Kabupaten Gunungkidul sepanjang tahun 2025 dimana terdapat variasi yang cukup signifikan antar puskesmas maupun periode. Sepanjang bulan Januari 2025-Juni 2025 jumlah pasien hipertensi yang memperoleh layanan berkisar antara 156-900 pasien per bulannya yang menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi penyakit yang membutuhkan penanganan serius dari puskesmas di Kabupaten Gunungkidul.

Puskesmas Karangmojo I kembali mencatat jumlah pasien hipertensi pada bulan Januari sebesar 798 pasien yang meningkat tajam pada bulan April hingga mencapai 900 pasien. Setelah puncak tersebut, jumlah pasien mengalami penurunan menjadi 805 pasien di bulan Mei. Adanya fluktuasi tersebut menandakan pola pelayanan pasien hipertensi di Puskesmas Karangmojo I cenderung bersifat intensif dan berkelanjutan.

Puskesmas Nglipar II dan Gedangsari II menunjukkan jumlah pasien hipertensi yang relatif stabil dengan masing-masing berkisar 420-496 pasien dan 407-550 pasien. Tren yang cukup stabil ini menandakan bahwa pelayanan hipertensi di wilayah kerja puskesmas tersebut masih sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor operasional yang mendukung. Sebaliknya, Puskesmas Ponjong II, Purwosari, Semanu I dan Semin II mencatat jumlah pasien hipertensi yang lebih rendah sebesar 156-295 pasien setiap bulannya. Kondisi tersebut diasumsikan terjadi karena adanya kegiatan skrining dan intensifikasi pelayanan pada periode tertentu sehingga belum mampu mencakup jumlah keseluruhan pasien hipertensi di wilayah kerja Nglipar II dan Gedangsari I. Sepanjang tahun 2024 hingga pertengahan 2025 pola pasien hipertensi menunjukkan tren yang terus meningkat pada beberapa puskesmas. Hal tersebut mengindikasikan perlunya penguatan kegiatan pelayanan dan operasional puskesmas untuk mengoptimalkan program kesehatan di setiap awal tahun anggaran.

#### **4.1.3 Dana Bantuan Operasional Khusus (BOK) Dalam Pelayanan Hipertensi**

Dana Bantuan Operasional (BOK) menjadi instrument keuangan yang memang dirancang untuk pembiayaan kesehatan ditingkat layanan primer. BOK bertujuan untuk memperkuat kegiatan promotif dan preventif termasuk untuk dukungan

operasional pengendalian penyakit tidak menular seperti hipertensi. Oleh karenanya, besaran pagu BOK yang diterima oleh masing-masing unit kerja Puskesmas menjadi faktor utama dalam mencapai *outcome* layanan yang maksimal.

**Tabel 4.1 Pagu Dana BOK Khusus Hipertensi per Puskesmas di Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024 dan 2025**

No	Puskesmas	Tahun 2024	Tahun 2025
1	Ponjong II	Rp 25.200.000	Rp 15.000.000
2	Semanu I	Rp 6.100.000	Rp 28.500.000
3	Karangmojo I	Rp 34.500.000	Rp 19.684.000
4	Wonosari I	Rp 21.000.000	Rp 14.500.000
5	Panggung I	Rp 42.000.000	Rp 33.000.000
6	Purwosari	Rp 20.160.000	Rp 44.548.000
7	Ngawen I	Rp 38.850.000	Rp 12.323.500
8	Nglipar II	Rp 13.800.000	Rp 7.750.000
9	Gedangsari II	Rp 11.055.000	Rp 11.159.400
10	Semin II	Rp 47.200.000	Rp 23.835.500
	<b>Total Pagu BOK</b>	<b>Rp 259.865.000</b>	<b>Rp 210.300.400</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2024)

Data tersebut menunjukkan total alokasi dana BOK khusus penyakit hipertensi pada tahun 2024 dan 2025 dengan total masing-masing tahun sebesar Rp 259.865.000 dan Rp 210.300.400. Diketahui bahwa total anggaran tahun 2025 mengalami penurunan sebesar Rp 49.564.400 atau sekitar 19% dibandingkan tahun 2024. Hal ini dimungkinkan terjadi karena adanya arah penyesuaian kebijakan alokasi anggaran kesehatan tingkat pusat maupun daerah yang mempengaruhi kapasitas operasional

dan teknis puskesmas dalam menjalani program kesehatan.

Distribusi dana BOK khusus penyakit hipertensi pada tahun 2024 menunjukkan variasi yang cukup besar dimana Puskesmas Semin II menjadi unit kerja yang menerima dana BOK tertinggi yaitu sebesar Rp 47.200.000 diikuti oleh Puskesmas Panggang II dan Ngawen I dengan masing-masing sebesar Rp 42.000.000 dan Rp 38.850.000. Besaran dana tersebut mengindikasikan adanya pertimbangan dari cakupan wilayah, kebutuhan operasional puskesmas dan kompleksitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2025, distribusi dana BOK penyakit hipertensi memiliki pola yang cukup signifikan dibandingkan tahun 2024. Puskesmas Purwosari menerima pagu anggaran tertinggi dengan alokasi sebesar Rp 44.548.000 dimana angka tersebut meningkat dua kali lipat dibandingkan tahun sebelumnya. Peningkatan alokasi dana BOK disinyalir digunakan untuk operasional prioritas kesehatan yang terus meningkat di unit kerja tersebut.

Berdasarkan teori *performance based budgeting*, variasi BOK menjadi bukti bahwa alokasi anggaran belum sepenuhnya menitikberatkan beban penyakit atau prioritas kesehatan yang dihadapi oleh puskesmas. Seharusnya, puskesmas dengan penyakit khusus seperti hipertensi membutuhkan alokasi dana BOK yang lebih besar untuk menjamin efektivitas pelayanan dalam jangka panjang. Ketidaksesuaian antara jumlah dana BOK yang disalurkan dan outcome pelayanan pasien hipertensi dapat mengurangi capaian kesehatan dan efisiensi program puskesmas.

## 4.2 Hasil Analisis Regresi Data Panel

### 4.2.1 Analisis Statistik Deskriptif

Analisis statistik deskriptif dilakukan untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik masing-masing variabel penelitian sebelum dilakukan pengujian lebih lanjut. Statistik deskriptif ini penting untuk memahami kecenderungan nilai tengah, penyebaran data, serta kisaran nilai yang muncul pada setiap variabel. Informasi tersebut membantu menilai kondisi awal data dan mengidentifikasi potensi pola yang dapat memengaruhi hasil analisis inferensial. Selain itu, statistik deskriptif juga digunakan untuk menilai konsistensi data antar periode dan antar unit observasi dalam penelitian panel. Tabel 4.1 berikut menyajikan nilai mean, median, maksimum, minimum dan standar deviasi untuk seluruh variabel penelitian.

**Tabel 4.2 Analisis Statistik Deskriptif**

	<b>HT</b>	<b>SDM</b>	<b>BOK</b>	<b>PATUH</b>	<b>NAKES_DIKLAT</b>
<b>Mean</b>	427,1167	26,32	1.729.422	278,26	1,74
<b>Median</b>	405,00	25,00	7.500.000	241,00	1,00
<b>Maximum</b>	999,00	36,00	190.000.000	780,00	5,00
<b>Minimum</b>	118,00	20,00	0,0	29,00	1,00
<b>Std. Dev</b>	180,900	4,430	2.796.095	182,48	1,06
<b>Observations</b>	180	180	180	180	180

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

Tabel tersebut menunjukkan seluruh variabel yang dianalisis berdasarkan 180 observasi yang merepresentasikan kondisi puskesmas selama periode penelitian.

Berikut ini merupakan uraian komprehensif analisis statistik deskriptif masing-masing variabel penelitian:

### **1. Variabel Jumlah Pasien Hipertensi yang memperoleh layanan (HT)**

Variabel HT menunjukkan nilai rata-rata sebesar 427.12 dengan nilai minimum 118 dan maksimum 999. Interval yang sangat lebar ini mencerminkan adanya ketimpangan dalam jumlah penduduk sasaran yang harus dilayani oleh masing-masing puskesmas. Nilai median sebesar 405 yang relatif mendekati nilai mean menandakan bahwa mayoritas puskesmas memiliki jumlah pasien hipertensi yang memperoleh layanan di sekitar nilai rata-ratanya.

Nilai standar deviasi sebesar 180,90 menunjukkan adanya variasi tinggi antar wilayah layanan puskesmas yang secara substansi disebabkan oleh perbedaan karakteristik demografis dan geografis di Kabupaten Gunungkidul. Puskesmas dengan wilayah yang cukup luas atau dengan kepadatan penduduk tinggi cenderung memiliki beban pelayanan yang besar.

### **2. Variabel Sumber Daya Manusia (SDM)**

Variabel SDM menunjukkan nilai rata-rata sebesar 26,32 dengan nilai minimum 20 dan maksimum 36. Nilai median menunjukkan angka sebesar 25 yang bermakna bahwa sebagian besar puskesmas di Kabupaten Gunungkidul memiliki jumlah SDM yang relatif mendekati rata-rata. Nilai standar deviasi menunjukkan angka sebesar 4,43 yang bermakna terdapat perbedaan kapasitas tenaga kesehatan antar puskesmas. Perbedaan jumlah SDM yang dimiliki oleh setiap puskesmas di Kabupaten Gunungkidul secara substansial dapat dikaitkan dengan jenis layanan, jumlah sasaran dan kompleksitas pelayanan yang

diselanggarakan dalam menangani pasien hipertensi.

### 3. Variabel Anggaran (BOK)

Variabel Anggaran menunjukkan nilai rata-rata sebesar Rp 1.729.422 dengan nilai minimum Rp. 0 dan maksimum Rp 190.000.000. Nilai median sebesar Rp 7.500.000 yang menunjukkan adanya ketimpangan dalam distribusi anggaran ke setiap unit kerja puskesmas di Kabupaten Gunungkidul. Nilai standar deviasi menunjukkan angka Rp 2.796.095 yang berarti variasi anggaran antar unit puskesmas tergolong tinggi. Secara substansial, kondisi ini mencerminkan perbedaan kebutuhan operasional antar unit puskesmas sehingga puskesmas yang memiliki cakupan wilayah kerja yang luas, jumlah pasien tinggi dan akses geografis yang sulit lebih banyak membutuhkan distribusi anggaran.

Kondisi ini sejalan dengan PMK 19 Tahun 2024 dan Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 100 Tahun 2019 yang mengatur bahwa perencanaan anggaran puskesmas harus mempertimbangkan kebutuhan pelayanan dasar, jumlah dan karakteristik sasaran serta kemampuan dan hambatan wilayah. Variasi alokasi anggaran di Kabupaten Gunungkidul merupakan hal yang wajar karena didorong oleh beban kerja layanan antar unit puskesmas yang berbeda-beda. Di sisi lain, perbedaan anggaran dapat menjadi hal negatif dimana kesenjangan anggaran yang terlalu besar perlu menjadi perhatian dalam perencanaan dan pemantauan kebijakan supaya seluruh puskesmas memiliki kesempatan yang seimbang dalam memenuhi capaian kesehatan sesuai standar dan kebutuhan masyarakat.

#### **4. Variabel Kepatuhan (Patuh)**

Variabel Pasien Hipertensi yang patuh/kontrol secara teratur menunjukkan nilai rata-rata sebesar 278,26 dengan nilai minimum 29 dan maksimum 780. Nilai median menunjukkan angka sebesar 241 yang bermakna bahwa sebagian puskesmas memiliki tingkat pasien hipertensi yang patuh/kontrol secara teratur cukup tinggi. Nilai standar deviasi menunjukkan angka sebesar 182,48 yang bermakna bahwa tingkat pasien hipertensi yang patuh/kontrol secara teratur memiliki nilai yang bervariasi. Variasi variabel ini mencerminkan adanya perbedaan dalam aspek kapasitas manajerial unit puskesmas, pengawasan internal dan konsistensi pelayanan terhadap pasien hipertensi.

#### **5. Variabel Tenaga Kesehatan Mengikuti Diklat (Nakes Diklat)**

Variabel tenaga kesehatan yang menjalani diklat menunjukkan nilai rata-rata sebesar 1,74 dengan nilai minimum 1 dan maksimum 5. Nilai median menunjukkan angka sebesar 1 bermakna bahwa sebagian besar puskesmas hanya memiliki 1 tenaga yang mengikuti pelatihan dalam periode penelitian berlangsung. Standar deviasi menunjukkan nilai 1,06 yang bermakna adanya variasi tingkat pengembangan kapasitas tenaga kerja yang mengikuti diklat. Secara substansif, kondisi ini mencerminkan bahwa pelatihan tenaga kesehatan belum merata di seluruh unit puskesmas Kabupaten Gunungkidul. Variasi tersebut menunjukkan bahwa pelatihan kapasitas tenaga kesehatan menjadi faktor utama yang sangat penting untuk keberlangsungan kinerja puskesmas.

#### 4.2.2 Analisis Model Data Panel

Analisis regresi data panel meliputi *common effect*, *fixed effect*, *random effect*.

Berikut ini merupakan hasil estimasi dari ketiga model tersebut:

**Tabel 4.3 Hasil Estimasi Ketiga Model Data Panel**

	<i>Common Effect</i>		<i>Fixed Effect</i>		<i>Random effect</i>	
	Koefisien	Prob	Koefisien	Prob	Koefisien	Prob
<b>C</b>	362.1446	0.0000	739.4195	0.0000	629.1829	0.0000
<b>SDM</b>	-8.0886	0.0003	-16.8590	0.0006	-13.51698	0.0004
<b>BOK</b>	2.41E-06	0.4870	-9.61E-07	0.6717	-9.11E-07	0.6867
<b>PATUH</b>	0.5934	0.0000	0.219244	0.0001	0.271172	0.0000
<b>NAKES_DIKLAT</b>	62.21202	0.0000	41.32948	0.0000	45.75738	0.0000
<b>R-squared</b>	0.508485		0.821099		0.245095	
<b>F- statistic</b>	45.26045		58.60693		14.20435	
<b>Prob(F-statistic)</b>	0.00000		0.000000		0.000000	

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

#### 4.3 Uji Pemilihan Model

Berdasarkan hasil regresi data panel didapatkan tiga model yaitu Model *Common Effect*, Model *Fixed Effect*, dan Model *Random Effect*. Dari hasil uji model tersebut di atas maka dapat dilakukan uji kesesuaian model dengan menggunakan Uji Chow (Membandingkan *Common Effect* dan *Fixed Effect*), Uji Hausman (Membandingkan *Random Effect* dan *Fixed Effect*), dan Uji Lagrange Multiplier (Membandingkan *Common Effect* dan *Random Effect*). Berikut ini merupakan uji pemilihan model regresi terbaik:

### 4.3.1 Uji Chow

Uji Chow dilakukan untuk membandingkan apakah model *Common Effect* lebih baik dibandingkan *Fixed Effect*. Hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang nyata atau signifikan antar unit cross-section yang diamati, sehingga model yang digunakan adalah pendekatan efek tetap (*Fixed Effect*). Hipotesis yang terbentuk untuk uji chow sebagai berikut:

$H_0$  : Model yang tepat adalah *Common Effect Model*.

$H_1$  : Model yang tepat adalah *Fixed Effect Model*.

**Tabel 4.4 Hasil Estimasi Uji Chow**

Effects Test	Statistics	d.f.	Prob.
Cross-section F	32.230243	(9, 166)	0.0000
Cross-section Chi-square	181.919395	9	0.0000

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

Berdasarkan hasil estimasi uji chow diketahui bahwa nilai Prob. Cross Section F sebesar  $0,0000 < \text{Alpha } 5\%$ , sehingga dapat diketahui bahwa menolak hipotesis nol dan didapatkan model terbaik adalah *Fixed Effect*.

### 4.3.2 Uji Lagrange Multiplier

Uji Lagrange Multiplier digunakan untuk memilih antara *Common Effect Model* (CEM) dengan *Random Effect Model* (REM). Hipotesis yang terbentuk untuk uji chow sebagai berikut:

$H_0$  : Model yang tepat adalah *Common Effect*

$H_1$  : Model yang tepat adalah *Random Effect*

**Tabel 4.5 Hasil Estimasi Uji Lagrange Multiplier**

Test	Cross-section	Time	Both
<b>Breusch-Pagan</b>	346.3070 (0.0000)	4.528964 (0.0000)	350.8359 (0.0000)

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

Berdasarkan hasil estimasi uji lagrange multiplier diketahui bahwa seluruh Breusch-Pagan tes menunjukkan probabilitas sebesar  $0,0000 < \text{Alpha } 5\%$ , sehingga dapat diketahui bahwa menolak hipotesis nol dan didapatkan model terbaik adalah Random Effect.

### 4.3.3 Uji Hausman

Uji Hausman digunakan untuk membandingkan antara *Fixed Effect Model* (FEM) dan *Random Effect Model* (REM). Hipotesis yang terbentuk sebagai berikut:

$H_0$  : Model yang tepat adalah *Random Effect Model*.

$H_1$  : Model yang tepat adalah *Fixed Effect Model*.

**Tabel 4.6 Hasil Estimasi Uji Hausman**

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f	Prob.
<b>Cross-section random</b>	19.169091	4	0.0007

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

Berdasarkan hasil estimasi uji hausman diketahui bahwa nilai probabilitas *cross section random* sebesar  $0,0007 < \text{Alpha } 5\%$ , sehingga dapat diketahui bahwa menolak hipotesis nol dan didapatkan **model terbaik adalah *Fixed Effect***.

**Tabel 4.7 Model Terbaik Fixed Effect**

Variabel	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
<b>C</b>	739.4195	129.9241	5.691167	0.0000
<b>SDM</b>	-16.8590	4.807203	-3.507040	0.0006
<b>BOK</b>	-9.61E-07	2.26E-06	-0.424615	0.6717
<b>PATUH</b>	0.219244	0.053220	4.119564	0.0001
<b>NAKES_DIKLAT</b>	41.32948	7.654788	5.399167	0.0000

Statistik	Nilai	Statistik	Nilai
<b>R-squared</b>	0.821099	Mean dependent var	427.1167
<b>F-statistic</b>	58.60693	Durbin-Watson stat	1.489523
<b>Prob(F-statistic)</b>	0.000000	Lig likelihood	-1035.661

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

Berdasarkan hasil estimasi *fixed effect* berikut merupakan persamaan matematis ekonometrika:

$$HT_{it} = 739,41 - 16,85 SDM_{it} - 9,61E-07BOK_{it} + 0,219Patuh_{it} + 41,32Nakes\ Diklat_{it} + \varepsilon_{it}$$

#### 4.4 Uji Statistik

##### 4.4.1 Nilai Koefisien Determinasi (R<sup>2</sup>)

Berdasarkan hasil estimasi *fixed effect* sebagai model terbaik diperoleh nilai koefisien determinasi sebesar 0,8210 atau 82,10%. Maknanya sebesar 82,10% model tersebut dijelaskan oleh variabel SDM, BOK, PATUH dan NAKES DIKLAT. Sedangkan, 17,9% sisanya dijelaskan di *error term*.

##### 4.4.2 Uji Simultan (Uji F)

Uji F dilakukan untuk mengetahui apakah seluruh variabel independen dalam model regresi yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), jumlah dana yang digunakan dalam kegiatan PTM hipertensi (BOK), jumlah pasien hipertensi yang patuh/kontrol secara teratur (Patuh), jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan diklat PTM (Nakes Diklat), secara bersama-sama memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependen yaitu jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan (HT). Secara matematis, hipotesis uji simultan dirumuskan sebagai berikut:

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = 0,$$

(Seluruh variabel independen secara serentak tidak mempengaruhi variabel dependen)

**H1 :  $\beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq 0$ ,**

(Seluruh variabel independen secara serentak mempengaruhi variabel dependen)

Berdasarkan hasil estimasi *fixed effect* sebagai model terbaik diketahui nilai probabilitas F sebesar  $0,0000 < \text{Alpha } 5\%$  yang bermakna menolak  $H_0$  sehingga diketahui bahwa secara simultan variabel SDM, BOK, Patuh dan Nakes Diklat mempengaruhi jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan (HT) di Kabupaten Gunungkidul selama kurun waktu 2024-2025. Secara substansif diketahui bahwa hasil uji F menegaskan jika jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan (HT) di Kabupaten Gunungkidul tidak hanya dipengaruhi oleh faktor tunggal saja melainkan berupa interaksi beragam komponen pendukung dalam menyelenggarakan kesehatan di tingkat daerah.

#### 4.4.3 Uji Parsial (Uji T)

Uji parsial digunakan untuk menguji pengaruh masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen. Uji ini menguji apakah koefisien regresi suatu variabel independen berbeda secara signifikan dari nol. Hipotesis nol menyatakan bahwa variabel independen tidak berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Jika nilai probabilitas p-value lebih kecil dari  $\alpha$ , maka  $H_0$  ditolak, sehingga variabel independen tersebut berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Berdasarkan hasil estimasi *fixed effect* sebagai model terbaik berikut merupakan uji parsial untuk masing-masing variabel:

**Tabel 4.8 Uji Parsial (Uji T)**

Variabel	Koefisien	Probabilitas	Keterangan
SDM	-16.8590	0.0006*	Signifikan
BOK	-9.61E-07	0.6717	Tidak Signifikan
PATUH	0.219244	0.0001*	Signifikan

NAKES_DIKLAT	41.32948	0.0000*	Signifikan
--------------	----------	---------	------------

Keterangan \*: signifikan pada alpha 5%; \*\*: signifikan pada alpha 10%

Sumber : Hasil Estimasi Eviews (2026)

1. Pengaruh variabel SDM terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

(Secara parsial variabel SDM tidak mempengaruhi HT)

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

(Secara parsial variabel SDM mempengaruhi HT)

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel SDM sebesar  $0,0006 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel SDM memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan.

2. Pengaruh variabel BOK terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan

$$H_0 : \beta_2 = 0,$$

(Secara parsial variabel BOK tidak mempengaruhi HT)

$$H_1 : \beta_2 \neq 0$$

(Secara parsial variabel BOK mempengaruhi HT)

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel BOK sebesar  $0,6717 > 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu gagal menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel BOK tidak memiliki pengaruh terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan.

3. Pengaruh variabel Patuh terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan

$$H_0 : \beta_3 = 0$$

(Secara parsial variabel PATUH tidak mempengaruhi HT)

$$H_1 : \beta_3 \neq 0$$

(Secara parsial variabel PATUH mempengaruhi HT)

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel Patuh sebesar  $0,0001 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel Patuh memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan.

4. Pengaruh Nakes Diklat terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan

$$H_0 : \beta_4 = 0$$

(Secara parsial variabel NAKES\_DIKLAT tidak mempengaruhi HT)

$$H_1 : \beta_4 \neq 0$$

(Secara parsial variabel NAKES\_DIKLAT mempengaruhi HT)

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel Nakes Diklat sebesar  $0,0000 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel Nakes Diklat memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan.

## **4.5 Pembahasan**

### **4.5.1 Pengaruh SDM terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan**

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel SDM sebesar  $0,0006 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel SDM memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hasil koefisien regresi SDM memiliki nilai negatif sebesar  $-16,8590$  menunjukkan bahwa apabila terdapat peningkatan pada SDM Puskesmas sejumlah 1 orang maka jumlah pasien hipertensi yang terlayani mengalami penurunan sebesar 16 orang. Temuan ini menunjukkan bahwa terdapat ketidaksesuaian dengan hipotesis sebagaimana asumsi teoritis.

Dalam lingkup puskesmas, penambahan jumlah SDM tidak selalu diikuti dengan peningkatan efektivitas layanan klinis penyakit tidak menular (PTM) khususnya hipertensi. Pada dasarnya, SDM puskesmas secara umum memiliki tugas rangkap dan beban kerja lintas antar program yang cukup tinggi sehingga adanya peningkatan jumlah tenaga kerja justru dapat menyebabkan fragmentasi fokus kerja terutama pada pelayanan hipertensi. Dieleman et.al (2021) menyatakan bahwa tanpa adanya penguatan manajemen kerja dan pembagian kerja yang jelas dapat menyebabkan penurunan kualitas SDM di bidang layanan kesehatan.

Peningkatan jumlah SDM tanpa diiringi dengan kompetensi khusus dalam penanganan hipertensi dapat berpotensi menyebabkan inefisiensi tenaga kesehatan untuk melayani pasien. Dalam pelaksanaannya, SDM tambahan seringkali terserap untuk bidang administrasi, promotif umum dan layanan non PTM sehingga tidak

berdampak secara langsung terhadap pelayanan pasien hipertensi. Hal ini diperkuat oleh Muharram et.al (2024) yang menyatakan bahwa fungsi dan distribusi SDM di bidang kesehatan lebih memberikan dampak nyata terhadap layanan penyakit dibandingkan jumlah atau kuantitas.

Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil analisis kualitatif dimana Pelaksanaan pelayanan hipertensi di puskesmas secara garis besar masih dipengaruhi oleh tingkat kreativitas, inisiatif dan pengetahuan tenaga kesehatan. Pernyataan ini didukung oleh Pemegang Program PTM Herry Adyyaksa Ribawa, S.ST.Ners Puskesmas Ponjong II sewaktu FGD pada Senin, 26 Januari 2026:

*”Yang cenderung berpengaruh adalah kreativitas petugas dimana penderita HT harus mendapatkan pelayanan dan rutin berobat.”*

Hal ini sesuai dengan konsep *street level bureaucracy* yang menyatakan bahwa sumber daya manusia dalam konteks ini adalah petugas kesehatan memiliki diskresi tinggi dalam menentukan arah kebijakan publik mendatang dengan memperhatikan pola kebiasaan pasien, pendekatan sosial dan program-program yang sesuai sasaran.

Kondisi serupa juga dirasakan oleh lingkungan kerja Puskesmas Karangmojo I dimana pelaksanaan pelayanan hipertensi dipengaruhi oleh kreativitas SDM dibandingkan penyaluran dana BOK. Pemegang program PTM menyampaikan bahwa keberhasilan pelayanan hipertensi sangat bergantung pada inisiatif dan kreativitas petugas dalam mengelola kegiatan di lapangan. Pernyataan ini didukung oleh pemegang program PTM Puskesmas Karangmojo I Yuda Yanti, Skep.Ners saat FGD pada Selasa, 21 Januari 2026:

*“Pelayanan hipertensi bergantung pada kreativitas petugas.*

*Untuk rencana kegiatan berdasarkan rencana tindak lanjut dari analisa masalah dengan menyesuaikan menu yang ada di juknis BOK.”*

Pernyataan tersebut menjelaskan bahwa meskipun dana BOK memiliki peran penting dalam pelayanan hipertensi tetapi kegiatan tersebut tidak dapat berjalan optimal tanpa kreativitas dan pendekatan petugas medis ke para pasien. Kondisi ini sesuai dengan dengan konsep *street-level bureaucracy* yang menyatakan bahwa petugas lini depan memiliki diskresi utama dalam menentukan bentuk dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Pemegang program PTM menunjukkan bahwa ada beberapa kegiatan yang menyerap banyak energi dan biaya, seperti kunjungan rumah pada pasien hipertensi yang mangkir berobat. Akan tetapi, kegiatan tersebut tidak selalu menghasilkan perubahan perilaku yang berkelanjutan. Pasien cenderung patuh selama ada pendampingan intensif dari petugas kesehatan, tetapi kepatuhan tersebut sering kali menurun setelah masa pendampingan selesai. Pernyataan ini didukung oleh pemegang program TPM Puskesmas Karangmojo I Yuda Yanti, S.Kep.Ners saat FGD pada Selasa, 21 Januari 2026:

*“Ada kegiatan kunjungan rumah pada pasien-pasien hipertensi yang mangkir berobat. Pasien akan rutin jika dikunjungi tetapi setelahnya tidak mau kontrol lagi.”*

Hal tersebut menandakan bahwa intervensi yang diterapkan selama ini hanya berfokus pada aktivitas semata tanpa merumuskan strategi untuk merubah perilaku pasien hipertensi secara jangka panjang. Dana BOK yang didistribusikan ke unit kerja

Puskesmas Karangmojo I lebih berfungsi sebagai fasilitator kegiatan dibandingkan penentu keberhasilan pelayanan pasien hipertensi.

#### **4.5.2 Pengaruh BOK terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh Layanan**

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel BOK sebesar  $0,6717 > 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu gagal menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel BOK tidak berpengaruh signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Temuan ini menunjukkan bahwa terdapat ketidaksesuaian dengan hipotesis sebagaimana asumsi teoritis.

Sifat dana BOK yang umum dan tidak spesifik menjadi salah satu problema utama dalam penyaluran ke unit-unit puskesmas. Pada dasarnya, dana BOK tidak hanya dialokasikan untuk pelayanan hipertensi saja melainkan pendanaan berbagai kegiatan promotif, preventif, administrasi dan operasional lintas program, sehingga dampak yang ditimbulkan tidak terlalu dirasakan para pasien hipertensi. Hasil penelitian ini sejalan dengan Hikmah et al., (2022) yang menyatakan bahwa pelaksanaan BOK masih menghadapi hambatan seperti keterlambatan anggaran dan kurangnya efektivitas kegiatan promotif. Program PTM termasuk hipertensi tercakup dalam kegiatan BOK, namun belum menjadi prioritas pelaporan dan evaluasi khusus. Besaran anggaran dibidang kesehatan tidak selalu berkorelasi dengan output layanan apabila tidak diiringi dengan manajemen kinerja yang tepat (Mbau et al., 2022).

Di sisi lain, keterbatasan fleksibilitas penggunaan dana BOK dan dominasi belanja non-klinis menyebabkan fungsi anggaran yang seharusnya untuk peningkatan layanan hipertensi menjadi tidak optimal. Kabongo & Mbonigaba (2024) dalam

penelitiannya menyatakan bahwa efektivitas pendanaan tidak hanya ditentukan oleh besaran anggaran yang sudah didistribusikan melainkan tata kelola, manajemen dan orientasi output layanan. Dengan demikian, perencanaan dan penguatan program yang terarah serta penguatan kapasitas internal dalam unit puskesmas dinilai mampu meningkatkan pelayanan pasien hipertensi.

Dana BOK secara normatif dirancang sebagai instrumen keuangan yang bertujuan untuk memperkuat pelaksanaan program promotif dan preventif di tingkat layanan kesehatan primer. Meninjau teori kebijakan publik oleh Mazmanian & Sabatier (1986), kebijakan publik dalam bidang kesehatan dapat dinilai berhasil apabila diiringi dengan kejelasan rumusan, tujuan dan outcome yang selaras dengan kebutuhan masyarakat. Dalam hal ini, Puskesmas Ponjong II sebagai salah satu unit kerja layanan kesehatan perlu memperhatikan strategi dan fokus penyaluran dana supaya mampu meningkatkan pelayanan masyarakat terkhusus pasien hipertensi.

Secara garis besar, hasil FGD menunjukkan bahwa dana BOK yang terserap belum mampu dijadikan faktor utama keberhasilan pelayanan pasien hipertensi. Kepala Puskesmas Ponjong II menekankan bahwa penguatan pelayanan lebih terfokus pada perbaikan sistem kinerja internal terkhusus melalui pembagian tugas kerja yang sesuai dan korordinasi yang sesuai. Kegiatan lainnya juga menunjuk satu orang sebagai progammer PTM untuk menjalankan strategi organisasi dalam pelayanan hipertensi. Pernyataan ini didukung oleh Kepala Puskesmas Ponjong II Triyono Budi Raharjo, SST.Ners saat FGD pada hari Senin, 26 Januari 2026:

*“Kami memberikan memberikan SK pembagian tugas untuk semua karyawan di awal tahun, salah satunya adalah memilih 1 karyawan*

*menjadi programmer PTM. Salah satu tugas programmer PTM itu adalah mengkoordinir nakes yang akan melaksanakan tugas baik di dalam gedung maupun di luar gedung dalam memberikan pelayanan pasien hipertensi, jadi pengaturan jadwal pelayanan dan nakes yang bertugas diserahkan langsung pada programmer PTM.”*

Penerbitan SK pembagian tugas tersebut menjadi instrumen utama guna memastikan tidak terjadi tumpang tindih tugas yang diampu oleh setiap tenaga kesehatan, sekaligus juga menunjuk satu orang Programmer PTM untuk memastikan koordinasi pelayanan pasien hipertensi terpusat dalam satu sistem manajerial. Berdasarkan perpektif teori organisasi, pembagian tugas yang dilakukan sesuai dengan prinsip *division of labor* dengan spesialisasi fungsi tertentu untuk meningkatkan pelayanan dan kenyamanan pasien hipertensi. Pada saat yang sama, Kepala Puskesmas menyatakan bahwa dalam penyelenggaraannya dana BOK tidak mengalami pergeseran prioritas dikarenakan sifatnya yang top-down dari pusat.

*”Tidak ada pergeseran prioritas anggaran, karena dana BOK diatur langsung oleh pusat.”*

Kondisi tersebut menjelaskan jika memang dana BOK yang diberikan oleh pemerintah pusat berada dalam kerangka kebijakan yang kaku atau tidak fleksibel dalam meningkatkan capaian kesehatan masyarakat. Dalam praktiknya, Kepala Puskesmas Ponjong II menerapkan strategi jempot bola melalui penguatan Posbindu PTM dan Prolanis di tingkat padukuhan serta membangun kerja sama antar sektor dan kader kesehatan.

*”Inovasi yang saya lakukan adalah sistem jemput bola pasien dengan memperbanyak kegiatan posbindu PTM dan Prolanis di padukuhan-padukuhan dengan mengembangkan kerjasama lintas sektor dan kader kesehatan.”*

Hal tersebut mencerminkan bahwa keberhasilan dalam implementasi kebijakan tidak hanya bergantung pada alokasi dana BOK sebagai instrumen keuangan melainkan peran aktif pemimpin dalam mengelola organisasi. Dapat diketahui bahwa dana BOK hanya berperan sebagai *enabling factor* saja sementara kepemimpinan dan manajemen internal menjadi penggerak utama keberhasilan layanan pasien hipertensi di Puskesmas Ponjong II.

Kondisi serupa juga dirasakan oleh Puskesmas Karangmojo I dalam alokasi dana BOK secara terstruktur. Fakta lapangan menunjukkan bahwa dana BOK belum mampu menjadi penggerak utama dalam peningkatan layanan hipertensi di Puskesmas Karangmojo I. Pernyataan ini didukung oleh Kepala Puskesmas Karangmojo I Yustina Sri Widati, S. ST.Bdn saat FGD pada hari selasa, 21 Januari 2026:

*“Dalam mengatur pembagian tugas dalam menangani program hipertensi kami memiliki beberapa upaya meliputi penunjukan SDM sebagai koordinator PTM tingkat puskesmas, penunjukan dokter sebagai penanggungjawab PTM, menyusun regulasi penanganan pasien hipertensi beserta tim pelayanan di 4 lokasi. Tidak hanya upaya berbasis teknis, kami juga mengusahakan kegiatan operasional dengan mengalokasikan dana BOK sebagai pendukung kegiatan*

*penanganan pasien hipertensi, edukasi kesehatan, pembinaan kader meskipun belum sesuai kebutuhan karena BOK yang kurang fleksibel.”*

Pernyataan oleh kepala puskesmas tersebut menekankan bahwa penguatan pelayanan lebih banyak dilakukan melalui pengaturan manajerial internal dibandingkan melalui peningkatan belanja kegiatan seperti penunjukan penanggung jawab program PTM, penetapan dokter penanggung jawab, penyusunan regulasi pelayanan hipertensi, pembentukan kelas hipertensi dan pengaturan jadwal pelayanan rutin demi mewujudkan ekosistem puskesmas yang optimal. Kepala Puskesmas Karangmojo I juga menyatakan bahwa kualitas pelayanan hipertensi bisa ditingkatkan walaupun dukungan dana BOK dari pusat bersifat fluktuatif.

*“Keberlangsungan dapat ditingkatkan dengan didukung kegiatan-kegiatan pengembangan dan berusaha untuk memperoleh akses atau bantuan dari pihak ke 3 seperti Danais, PIWK, PIS dan CSR. Kita juga mengusahakan untuk mempelajari menu anggaran BOK dan mencari peluang yang bisa dialokasikan ke dalam setiap kegiatan pasien hipertensi. Selain itu, perlu juga untuk mengakases dukungan lintas sektor seperti pemerintah kalurahan, kapanewon, BPP dan KUA.”*

Pernyataan tersebut menunjukkan walaupun Dana BOK bersifat fluktuatif tetapi tetap dialokasikan untuk mendukung kegiatan-kegiatan puskesmas dalam pelayanan hipertensi sembari mencari dukungan pihak lain untuk mensukseskan program sampai tingkat desa. Hal ini menunjukkan bahwa dalam praktiknya, kebijakan anggaran berada pada posisi subordinat terhadap kebijakan manajerial dan pengaturan sumber daya manusia.

Di sisi lain, adanya keterikatan penuh antara dana BOK dengan regulasi pusat menyebabkan alokasi dana tidak sepenuhnya merata dan memiliki variasi berbeda setiap tahunnya. Menurut kerangka *public financial management*, efektivitas belanja publik sangat dipengaruhi oleh sinkronisasi antara desain anggaran, fleksibilitas dana dan *outcome* yang akan dicapai dalam jangka panjang.

#### **4.5.3 Pengaruh Kepatuhan terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh**

##### **Layanan**

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel Patuh sebesar  $0,0001 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel Patuh memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hasil koefisien regresi memiliki nilai positif sebesar 0,219244 menunjukkan bahwa apabila terdapat peningkatan pada pasien yang patuh kontrol sejumlah 1 orang maka jumlah pasien hipertensi yang terlayani mengalami peningkatan sebesar 1 orang. Temuan ini menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian dengan hipotesis sebagaimana asumsi teoritis.

Dalam dunia kesehatan, hipertensi merupakan penyakit kronis yang membutuhkan kontrol rutin, kepatuhan minum obat dan monitoring berkelanjutan. Kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan hipertensi (Burnier & Egan, 2019). Pasien yang patuh kontrol berobat lebih sering tercatat dalam sistem pelayanan unyuk mengikuti pemeriksaan lanjut seperti cek darah, terapi dan edukasi kesehatan. Temuan ini mengindikasikan bahwa puskesmas sebagai layanan kesehatan perlu melakukan peningkatan pelayanan

hipertensi dengan fokus intervensi perilaku pasien yang meliputi edukasi kesehatan, pengingat kontrol kesehatan turin dan penguatan peran kader.

Kepatuhan pasien muncul sebagai faktor utama dalam keberhasilan pelayanan hipertensi. Masyarakat yang patuh kontrol sering disebabkan karena adanya edukasi kesehatan secara rutin oleh petugas puskesmas setempat yang dibantu oleh peran aktif kader dalam skrining kesehatan setiap bulannya. Pernyataan ini didukung oleh petugas promosi kesehatan Puskesmas Ponjong II Ika Mita Yunita, SKM sewaktu FGD pada Senin, 26 Januari 2026:

*”Masyarakat patuh kontrol ke puskesmas karena adanya edukasi kesehatan yang di lakukan oleh tenaga kesehatan dan juga peran bu kader yang luar biasa membantu melakukan skrining kesehatan setiap bulan di kegiatan posyandu.”*

Berkaitan dengan dukungan dana yang dialokasikan kepada puskesmas, dalam melaksanakan kegiatan edukasi PTM hipertensi telah mendapat dukungn dari dana BOK dan partisipasi desa. Hal ini menunjukkan bahwa dari sisi pendanaan telah terdapat keberhasilan intervensi dari pusat sehingga menghasilkan capaian kesehatan dan kemampuan petugas yang optimal dalam melayani pasien hipertensi di tingkat puskesmas.

*” Kegiatan edukasi sudah cukup di danani oleh dana BOK dan juga dana desa.”*

Hasil FGD di Puskesmas Ponjong II menunjukkan jika dana BOK berperan sebagai sumber pendanaan pendukung dalam pelayanan kesehatan terutama hipertensi walaupun belum menjadi determinan utama. Adanya keterikatan penggunaan dana

BOK pada juknis pusat menandakan bahwa terbatasnya fleksibilitas dalam pengalokasian anggaran terkhusus pada pasien penderita hipertensi di wilayah kerja Ponjong II. Orientasi perencanaan dan penganggaran lebih difokuskan pada sasaran kegiatan di wilayah unit kerja dibandingkan menitikberatkan beban penyakit di masyarakat sehingga memperlemah *outcome* pelayanan dalam jangka panjang.

Kondisi serupa juga sesuai dengan karakteristik kepatuhan pasien di Puskesmas Karangmojo I. Edukasi yang efektif meningkatkan pemahaman pasien mengenai penyakit hipertensi dan pentingnya kontrol rutin, sementara kader berperan sebagai penghubung yang memotivasi pasien untuk mematuhi anjuran tenaga kesehatan. Pernyataan ini didukung oleh petugas promosi kesehatan di Puskesmas Karangmojo I Larasati Dwi Mulatsih, SKM saat FGD pada Selasa, 21 Januari 2026:

*“Edukasi dan juga peran kader, karena setelah pasien mendapatkan edukasi mereka akan lebih paham dan memahami terkait penyakit tidak menular hipertensi, jadi biasanya akan mengikuti anjuran yang disampaikan oleh nakes. Peran kader juga berpengaruh terhadap patuh kontrol, karena biasanya kader akan memotivasi pasien untuk kontrol secara rutin”*

Edukasi terhadap pasien hipertensi memang sudah didukung oleh dana BOK.

*“Sudah ada dukungan dana karena memang ada anggaran untuk edukasi.”*

Meskipun terdapat dukungan dana BOK untuk kegiatan edukasi, keberhasilan intervensi tetap sangat bergantung pada kualitas komunikasi kesehatan dan kemampuan petugas dalam menyesuaikan pesan dengan konteks sosial budaya masyarakat setempat. Secara keseluruhan hasil FGD menunjukkan bahwa dana BOK

Puskesmas Ponjong II dan Karangmojo I memiliki peran untuk mendukung pelayanan pasien hipertensi meskipun bukan menjadi faktor utama. Keterbatasan fleksibilitas kebijakan anggaran dan orientasi yang tidak berbasis beban penyakit menjadikan *outcome* pelayanan puskesmas menjadi relatif terbatas dalam melayani pasien secara meluas.

#### **4.5.4 Pengaruh Nakes Diklat terhadap Pasien Hipertensi yang Memperoleh**

##### **Layanan**

Berdasarkan hasil uji parsial pada diperoleh nilai probabilitas variabel Nakes Diklat sebesar  $0,0000 < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) maka dapat disimpulkan bahwa keputusannya yaitu menolak  $H_0$  sehingga dapat diartikan bahwa variabel Nakes Diklat memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap jumlah pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hasil koefisien regresi memiliki nilai positif sebesar 41,39 menunjukkan bahwa apabila terdapat peningkatan pada tenaga kesehatan yang mengikuti diklat sejumlah 1 orang maka jumlah pasien hipertensi yang terlayani mengalami peningkatan sebesar 41 orang. Temuan ini menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian dengan hipotesis sebagaimana asumsi teoritis.

Pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan kemampuan teknis tenaga kesehatan dalam mendeteksi dini penyakit hipertensi merupakan langkah awal dalam keberhasilan pelayanan hipertensi. Kuhlmann et al., (2024) menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi baik dalam pelayanan kesehatan merupakan kunci utama dalam peningkatan kualitas kesehatan primer. Dengan demikian, kualitas tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan dan pelatihan jauh lebih menentukan arah perkembangan layanan kesehatan di Puskesmas. Pelatihan dan

Pendidikan mampu menjembatani input tenaga kesehatan untuk menjadi output yang lebih efektif dalam peningkatan pelayanan hipertensi secara komprehensif.

Sumber daya manusia merupakan salah satu pilar utama dalam sistem pelayanan kesehatan untuk menentukan keberhasilan program yang telah dijalankan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui pendidikan dan pelatihan yang diikuti oleh setiap tenaga kesehatan dalam memahami alur pelayanan kesehatan terutama hipertensi. Namun, terdapat kendala eksternal yang mempengaruhi capaian kesehatan pasien hipertensi yaitu kurangnya kesadaran pasien untuk melakukan kontrol secara rutin. Pernyataan ini didukung oleh pemegang program PTM sekaligus tenaga kesehatan Puskesmas Ponjong II yang sudah melakukan pendidikan dan pelatihan (Diklat) tentang PTM hipertensi Herry Adyyaksa Ribawa, S.ST.Ners Puskesmas Ponjong II sewaktu FGD pada Senin, 26 Januari 2026:

*”Masih banyak kendala karena tingkat kesadaran dari penderita hipertensi masih sangat rendah, masih enggan kontrol secara rutin, jika tak ada keluhan tidak kontrol dan merasa bosan minum obat setiap hari dan seumur hidup. Menurut saya, jumlah tenaga kesehatan yang ikut diklat sudah cukup karena yang paling utama sebenarnya adalah kesadaran penderita hipertensi untuk kontrol secara rutin.”*

Banyak pasien yang tidak mau datang apabila tidak merasakan keluhan apapun. Hal ini menandakan bahwa kesadaran pasien dalam kontrol rutin masih sangat rendah walaupun sudah didukung oleh tenaga kesehatan yang cakap dalam penanganan hipertensi.

Sama halnya seperti Puskesmas Karangmojo I, kesadaran perilaku pasien penderita hipertensi masih sangat rendah dalam menyikapi program kesehatan yang diberikan oleh puskesmas. Penguatan kapasitas SDM perlu diiringi dengan strategi peningkatan operasional dan kesadaran motivasi pasien agar program berjalan selaras. Tenaga kesehatan yang telah mengikuti diklat mencerminkan dampak nyata terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara jangka panjang terkhusus dalam tata pelaksanaan hipertensi sesuai protokol dan regulasi yang baru. Pernyataan ini didukung oleh tenaga kesehatan pelaksana Puskesmas Karangmojo I dr. Anita Suryanti saat FGD pada Selasa, 21 Januari 2026:

*“Puskesmas dapat memberikan penatalaksanaan hipertensi sesuai protokol hipertensi terbaru tetapi, jumlah tenaga kesehatan yang sudah mengikuti diklat belum mencukupi.”*

Pernyataan tersebut merupakan kontradiktif dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien hipertensi di Puskesmas Karangmojo I dimana jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti diklat masih sangat terbatas untuk menjangkau keseluruhan unit kerja puskesmas. Disisi lain, terdapat tantangan bagi tenaga kesehatan untuk dapat memahami terhadap protokol yang telah diperbarui.

## BAB V

### KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dan mengacu kepada hasil estimasi serta pembahasan diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Secara parsial variabel SDM berpengaruh negatif dan signifikan terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hal ini bermakna bahwa peningkatan SDM dapat mengakibatkan penurunan pada pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Dalam konteks puskesmas, penambahan jumlah SDM tidak selalu diikuti dengan peningkatan efektivitas layanan klinis penyakit tidak menular (PTM) khususnya hipertensi. Pada dasarnya, SDM puskesmas secara umum memiliki tugas rangkap dan beban kerja lintas antar program yang cukup tinggi sehingga adanya peningkatan jumlah tenaga kerja justru dapat menyebabkan fragmentasi fokus kerja terutama pada pelayanan hipertensi.
2. Secara parsial variabel BOK tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hal ini bermakna bahwa peningkatan atau penurunan BOK tidak berkontribusi terhadap pada pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Sifat dana BOK yang umum dan tidak spesifik menjadi salah satu problema utama dalam penyaluran ke unit-unit puskesmas. Pada dasarnya, dana BOK tidak hanya dialokasikan untuk pelayanan hipertensi saja melainkan pendanaan berbagai kegiatan promotif, preventif, administrasi dan operasional lintas program, sehingga dampak yang ditimbulkan tidak terlalu dirasakan para pasien hipertensi.

3. Secara parsial variabel Pasien patuh/kontrol memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hal ini bermakna bahwa peningkatan pasien patuh/kontrol dapat mengakibatkan peningkatan pada pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan hipertensi, sehingga puskesmas sebagai layanan kesehatan perlu melakukan peningkatan pelayanan hipertensi dengan fokus intervensi perilaku pasien yang meliputi edukasi kesehatan, pengingat kontrol kesehatan turun dan penguatan peran kader.
4. Secara parsial variabel Nakes Diklat memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Hal ini bermakna bahwa peningkatan Nakes Diklat dapat mengakibatkan peningkatan pada pasien hipertensi yang memperoleh pelayanan. Pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan kemampuan teknis tenaga kesehatan dalam mendeteksi dini penyakit hipertensi merupakan langkah awal dalam keberhasilan pelayanan hipertensi.
5. Puskesmas Karangmojo I sebagai sampel dalam FGD menunjukkan bahwa dana BOK memiliki peran sebagai faktor pendukung dalam sistem pelayanan hipertensi, namun bukan sebagai determinan utama capaian layanan. Keterbatasan fleksibilitas kebijakan, orientasi anggaran yang tidak berbasis beban penyakit, serta karakteristik pelayanan puskesmas non rawat inap menyebabkan dampak dana BOK terhadap hasil pelayanan menjadi relatif terbatas.

6. Puskesmas Ponjong II sebagai sampel dalam FGD menunjukkan bahwa dana BOK berperan sebagai sumber pendanaan pendukung dalam pelayanan kesehatan terutama hipertensi walaupun belum menjadi determinan utama. Adanya keterikatan penggunaan dana BOK pada juknis pusat menandakan bahwa terbatasnya fleksibilitas dalam pengalokasian anggaran terkhusus pada pasien penderita hipertensi di wilayah kerja tersebut.

## 5.2 Implikasi

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diperoleh implikasi sebagai berikut:

1. Hasil temuan yang menunjukkan dana BOK tidak berpengaruh signifikan terhadap pasien hipertensi yang terlayani mengimplikasikan bahwa kebijakan yang dirumuskan harus beralih dari yang semula terfokus pada penyerapan dana menjadi fokus pada *outcome* capaian kegiatan. Salah satu upaya dapat dilakukan dengan reorientasi komposisi dana BOK yang perlu disesuaikan kembali dengan beban penyakit dan target layanan kesehatan jangka panjang. Hal ini dapat diterapkan sejalan dengan program yang sedang berlangsung dan disesuaikan dengan efektivitas dan efisiensi dana.
2. Pentingnya penguatan integrasi lintas sektor dalam pengelolaan dana BOK dalam mendukung layanan hipertensi di tingkat puskesmas. Kolaborasi lintas sektor sangat diperlukan menghadirkan *outcome* yang maksimal seperti kerja sama dengan pemerintah desa, lembaga pendidikan, lembaga sosial bahkan pemerintah pusat untuk membentuk program strategis pelayanan pasien hipertensi.

3. Pentingnya penguatan pengelolaan dana BOK melalui sistem monitoring dan evaluasi kinerja secara periodik. Pemanfaatan dana BOK perlu diarahkan secara terstruktur dan sesuai kapasitas dan beban penyakit yang menjadi tanggungan puskesmas. Dalam konteks pasien hipertensi, dana BOK dapat dialokasikan secara *massive* untuk beberapa program seperti pembiayaan kegiatan skrining, pemantauan kepatuhan pasien untuk berobat dan kunjungan pasien ke rumah-rumah secara berkala.
4. Pentingnya penguatan layanan promotif dan preventif untuk meningkatkan capaian pelayanan hipertensi secara berkelanjutan. Dana BOK menjadi titik utama dalam keberhasilan layanan kesehatan ditingkat puskesmas supaya lebih *cost effective*. Penyesuaian target sasaran layanan hipertensi juga perlu menjadi perhatian bagi puskesmas dengan memperhatikan karakteristik sosial ekonomi di wilayah kerjanya masing-masing.
5. Hasil temuan yang menunjukkan SDM berpengaruh negatif dan signifikan terhadap pasien hipertensi yang terlayani. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa kebijakan penguatan SDM di tingkat puskesmas perlu difokuskan pada penataan fungsi dan peran tenaga kesehatan secara optimal dan proporsional dengan pembagian tugas yang lebih jelas dan efektif. Selain itu, penguatan kapasitas tenaga kesehatan terutama pada penyakit tidak menular dinilai mampu meningkatkan akses dan mutu pelayanan pasien hipertensi.

### 5.3 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan berikut merupakan saran yang diberikan kepada para *stakeholders* dalam mewujudkan capaian pelayanan pasien hipertensi:

### **1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Gunungkidul**

Pemerintah Daerah Kabupaten Gunungkidul hendaknya perlu menyusun kajian longitudinal yang menghubungkan alokasi dengan realisasi BOK berdasarkan tren capaian pasien hipertensi yang terlayani di setiap puskesmas. Kajian tersebut bertujuan untuk penyusunan kerangka kebijakan pada periode mendatang dengan pertimbangan yang lebih komprehensif dan sinergi dalam mendukung program promotif dan preventif.

### **2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul**

Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul menyusun kebijakan untuk meningkatkan program pelatihan bagi tenaga kesehatan yang lebih sistematis, komprehensif dan berkelanjutan. Kebijakan tersebut tidak hanya berfokus pada peningkatan kuantitas jumlah tenaga kesehatan yang menjalani pelatihan, melainkan pemerataan akses pelatihan ke setiap wilayah kerja puskesmas di Kabupaten Gunungkidul terutama dalam memahami PTM.

### **3. Bagi Puskesmas**

Perlunya penguatan tata kelola internal dalam pelayanan hipertensi melalui pembagian tugas yang jelas, penguatan manajerial dan tanggungjawab program PTM. Puskesmas juga perlu melakukan optimalisasi penggunaan dana BOK dengan melakukan penyesuaian ke arah promotif dan preventif serta

memprioritaskan kegiatan yang memiliki cakupan besar seperti edukasi kesehatan berkelanjutan, penguatan posbindu PTM hingga integrasi layanan hipertensi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andrianto (2022). *Buku Ajar Menangani Hipertensi*. Airlangga University Press. [books.google.co.id/edeposit.perpusnas.go.id](https://books.google.co.id/edeposit.perpusnas.go.id)
- Azima, S.S., & Darmawan, E.S. (2025). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN ANGGARAN BERBASIS KINERJA PADA SEKTOR KESEHATAN DI NEGARA BERKEMBANG: A SCOPING REVIEW. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Inovatif*, Vol. 8(6) hal: 15-22.
- Baltagi, B. H. (2005). *Econometric Analysis of Panel Data* (3rd ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Baltagi, B. H. (2021). *Econometric Analysis of Panel Data* (6th ed.). Springer Nature.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). *Adherence in Hypertension: A Review of Prevalence, Risk Factors, Impact, and Management*. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140. DOI:10.1161/CIRCRESAHA.118.313220
- Cahyadi, E., Fuadi, F., & Affuan, V. R. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kotabumi II. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 9(3), 980–992. <https://doi.org/10.33024/jikk.v9i3.5719>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Dieleman, L. A., van Peet, P. G., & Vos, H. M. M. (2021). Gender differences within the barriers to smoking cessation and the preferences for interventions in primary care a qualitative study using focus groups in The Hague, The Netherlands. *BMJ open*, 11(1), e042623. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042623>
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. (2023). *Data Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta 2023*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. (2023). *Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul 2023*. Kabupaten Gunungkidul. [id.scribd.com/id.scribd.com](https://id.scribd.com/id.scribd.com)
- Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Gunungkidul. (2024). *Profil Perkembangan Kependudukan Kabupaten Gunungkidul*.

- Purnomo,E, Kusumastuti.I (2025). Evaluasi Kompetensi Petugas dalam Peningkatan Capaian Program Hipertensi. *Jurnal ilmiah kesehatan Vol.24*
- Ghozali, I. (2021). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 25*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Haslindah,(2021) Analisis Determinan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi Di Daerah Urban Dan Rural Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Universitas Hasanudin*
- Herawati, P., Khumaira, L., Hasibuan, I.D., Syahputri, F.A., & Nazhifah., N. (2024). ANALISIS PEMANFAATAN DANA BOK DALAM PENINGKATAN PELAYANAN UKM ESENSIAL DI PUSKESMAS MEDAN JOHOR. (*J-KESMAS*) *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol. 10 (1) hal: 39-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.35329/jkesmas.v7i1>
- Hikmah, Y. M. N., Kostini, N., & Arifianti, R. (2022). Evaluasi pelaksanaan kebijakan biaya operasional kesehatan di Puskesmas Santosa Kabupaten Bandung. *Responsive*,4(4),215. <https://doi.org/10.24198/responsive.v4i4.34742>
- Kabongo, W. N. S., & Mbonigaba, J. (2024). *Effectiveness of public health spending: Investigating the moderating role of governance using PLS-SEM. Health Research Policy and Systems*, 22, Article 80. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01159-x>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Petunjuk teknis Posyandu Lansia dan Posbindu PTM Terintegrasi*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Permenkes No. 19 Tahun 2023*
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Pelatihan Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)*. Jakarta
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. (2017). *Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017*. [https://doi.org/10.1016/0014-4827\(75\)90518-2](https://doi.org/10.1016/0014-4827(75)90518-2)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN dan Renstra Tahun 2020-2024*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat: Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 37*.
- Kristiana L.I.A (2025). Kepatuhan Minum Obat, Kemenkes RS Soeradji Tirtonegoro. <https://rsupsoeradji.id/kepatuhan-minum-obat/>
- Kuhlmann, E., Falkenbach, M., Brînzac, M. G., et al. (2024). *Tackling the primary healthcare workforce crisis: time to talk about health systems and governance—a comparative assessment of nine countries in the WHO European region*. *Human Resources for Health*, 22, 83. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00965-2>
- Nuryana H, Usman A, Rahayu S (2023). Implementasi Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskesmas X Kota Bogor. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Universitas Ibn Khaldun Bogor, Indonesia Vol. 6, No. 1, Februari 2023, pp. 16~25 ISSN: 2654-8127, DOI: 10.32832/pro http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR*
- Maisya, I. B., Suparmi, Rizkianti A, Saptarini I, Baskoro A (2020). Persalinan di fasilitas kesehatan: Association of Health Operational Fund Utilization to the increase coverage of antenatal care and institutional delivery. *Kespro*, 11(1), 79–88. <https://doi.org/10.22435/kespro.v11i1.3317.79-88>
- Mazmanian, D, H., & Paul, A, Sabatier. (1986). *Implementation and Public Policy*. New York: Harper Collins.
- Mbau, Rahab & Musiega, Anita & Lizah, Nyawira & Tsofa, Benjamin & Mulwa, Andrew & Molyneux, Sassy & Maina, Isabel & Jemutai, Julie & Normand, Charles & Hanson, Kara & Barasa, Edwine. (2022). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*. 21. 1-20. 10.1007/s40258-022-00785-2.
- Megawati, S., Hartono, A., & Ulfah, I. F. (2023). Analisis efisiensi, efektivitas, dan tingkat kemandirian penggunaan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dalam rangka menilai capaian kinerja program di Puskesmas Gemaharjo, Kecamatan Pacitan. *The Academy of Management and Business*, 2(1), 20–32. ET A.
- Miles, M.B., Huberman, A.M & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis A Methods Sourcebook Edition 3*. SAGE Publications.

- Moleong, L.J. (2002). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muharram, F. R., Sulistya, H. A., Swannjo, J. B., Firmansyah, F. F., Rizal, M. M., Izza, A., Isfandiari, M. A., Ariningtyas, N. D., & Romdhoni, A. C. (2024). Adequacy and Distribution of the Health Workforce in Indonesia. *WHO South-East Asia journal of public health*, 13(2), 45–55. [https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH\\_28\\_24](https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_28_24)
- Nasywa Cut, Adinda f, Octavelia A, Aldona C (2024). Analisis implementasi pengelolaan dan pemanfaatan dana BOK di Puskesmas X Kota Medan. *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 5(3), 4323–4329. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/cdj/article/view/28549>
- Nguyen, T., Rokhman, M.R., & Stiensma, I. (n.d.). Cost-effectiveness of non-communicable disease prevention in Southeast Asia: a scoping review.
- Nopel, P. (2022). Analisis pengelolaan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskesmas Sanggaran Agung, Kecamatan Danau Kerinci, Tahun 2020. (*JAN Maha*), 4(4), 63–71.
- Nurqolby, Ulfa Febrianty, Devy Adri, Khaeriyah (2025) Hubungan Ketersediaan Sumber Daya Manusia dengan Kualitas Pelayanan di UPT Puskesmas Rappang (*Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh Vol.4 No.4 Agustus 2025*)
- Nuridayanti, A. (2024). *Edukasi diet dan terapi obat pada penderita hipertensi*. NEM. <https://books.google.co.id/books?id=QeAUEQAAQBAJ>
- Nwankwo ONO, Auer C, Oyo-Ita A, Eyers J, Wyss K, Fink G. (2024) Human resources for health: a framework synthesis to put health workers at the centre of healthcare. *BMJ Global Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014556>
- Rahajeng, E., & Wahidin, M. (2020). Evaluasi surveilans faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) berbasis data kegiatan “Posbindu PTM”. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 30(3).
- Rahmawati, R. (2025). Strategi intervensi peningkatan ketaatan minum obat antihipertensi: sebuah tinjauan pustaka. *Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 131–141. <https://doi.org/10.20885/bikkm.vol3.iss1.art13>

- Release, J. N. (2021). More than 700 million people with untreated hypertension. In *[Laporan Internasional]*. Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
- Santoso, S. (2020). *Menguasai Statistik dengan SPSS*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Sari, D. P., & Helmi, M. (2023). Hubungan tingkat pengetahuan pasien hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara periode Mei – Juli 2022. *Jurnal Farmasi Higea*, 15(2), 93. <https://doi.org/10.52689/higea.v15i2.518>
- Sari, N. W., Harokan A, Wahyudi A(2025). Pelayanan Posbindu PTM di Puskesmas Sukarami Lahat. *Jurnal Ners*, 9(28), 570–577.
- Sugiyono. (2021). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- World Health Organization. (2003). *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action*. United States: World Health Organization
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health workforce 2030*. Geneva.
- Wibowo, H., Nurcihikita, T., & Kurniawan, J. (2023). Analisis pengelolaan dana Bantuan Operasional Kesehatan Puskesmas (BOK) terhadap pelayanan kesehatan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Tahun 2023. *Jurnal Informatika Medis (J-INFORMED)*, 1(2), 53–60. <https://doi.org/10.52060/im.v1i2.1635>

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Data Variabel

Year	Puskesmas Id	HT (Orang)	SDM (Orang)	BOK (Rupiah)	Patuh (Orang)	Nakes_Diklat (Orang)
2024M01	1	173	29	0	165	1
2024M02	1	289	29	0	247	1
2024M03	1	249	29	0	238	1
2024M04	1	175	29	2550000	169	1
2024M05	1	277	29	750000	256	1
2024M06	1	240	29	1600000	230	1
2024M07	1	398	29	0	389	1
2024M08	1	262	29	6850000	256	1
2024M09	1	226	28	300000	213	1
2024M10	1	244	28	10300000	220	1
2024M11	1	286	27	2550000	267	1
2024M12	1	282	27	300000	244	1
2025M01	1	156	26	0	52	1
2025M02	1	271	26	0	80	1
2025M03	1	270	24	0	39	2
2025M04	1	295	24	2700000	81	2
2025M05	1	265	24	0	49	2
2025M06	1	291	24	2700000	85	2
2024M01	2	270	28	0	229	2
2024M02	2	256	28	0	233	2
2024M03	2	305	28	0	254	2
2024M04	2	232	28	1000000	201	2
2024M05	2	303	28	0	275	2
2024M06	2	277	28	2000000	242	2
2024M07	2	307	28	1000000	277	2
2024M08	2	299	28	1000000	272	2
2024M09	2	283	28	0	250	2
2024M10	2	293	28	500000	266	2
2024M11	2	274	28	600000	238	2
2024M12	2	457	28	0	457	2
2025M01	2	485	28	0	485	2
2025M02	2	584	28	0	479	2
2025M03	2	440	27	1250000	440	3
2025M04	2	441	27	0	441	3

2025M05	2	706	27	2400000	301	3
2025M06	2	504	26	1050000	504	3
2024M01	3	612	26	0	565	2
2024M02	3	590	26	0	568	2
2024M03	3	593	26	0	596	2
2024M04	3	559	26	5250000	561	2
2024M05	3	768	26	6250000	584	2
2024M06	3	777	26	7250000	780	2
2024M07	3	696	26	3500000	680	2
2024M08	3	694	26	2500000	678	2
2024M09	3	705	26	1000000	675	2
2024M10	3	759	26	2500000	738	2
2024M11	3	667	26	3500000	656	2
2024M12	3	763	26	2750000	620	2
2025M01	3	798	26	0	767	2
2025M02	3	724	26	0	265	2
2025M03	3	653	24	0	230	3
2025M04	3	900	24	2750000	240	3
2025M05	3	805	24	2500000	212	3
2025M06	3	794	24	2500000	192	3
2024M01	4	289	36	0	252	1
2024M02	4	307	36	0	307	1
2024M03	4	325	36	0	302	1
2024M04	4	310	36	6000000	299	1
2024M05	4	403	36	1050000	388	1
2024M06	4	373	36	500000	363	1
2024M07	4	419	36	6450000	396	1
2024M08	4	423	36	0	416	1
2024M09	4	367	36	2500000	363	1
2024M10	4	434	36	2200000	411	1
2024M11	4	404	36	2200000	385	1
2024M12	4	455	36	100000	354	1
2025M01	4	520	36	0	142	1
2025M02	4	485	36	0	119	1
2025M03	4	505	32	1000000	479	5
2025M04	4	563	32	0	134	5
2025M05	4	630	32	2000000	123	5
2025M06	4	606	32	1750000	119	5
2024M01	5	437	23	0	212	1

2024M02	5	349	23	0	184	1
2024M03	5	459	23	0	218	1
2024M04	5	345	23	5850000	231	1
2024M05	5	583	23	2700000	247	1
2024M06	5	478	23	2650000	236	1
2024M07	5	580	23	3050000	95	1
2024M08	5	515	23	3000000	200	1
2024M09	5	468	23	250000	227	1
2024M10	5	546	23	250000	257	1
2024M11	5	481	23	2850000	231	1
2024M12	5	407	23	9350000	252	1
2025M01	5	703	23	0	224	1
2025M02	5	636	23	0	66	1
2025M03	5	677	22	2250000	52	2
2025M04	5	409	22	0	66	2
2025M05	5	681	22	5150000	244	2
2025M06	5	655	22	3700000	251	2
2024M01	6	156	24	0	35	2
2024M02	6	178	24	0	70	2
2024M03	6	184	24	0	123	2
2024M04	6	118	24	800000	81	2
2024M05	6	175	24	0	82	2
2024M06	6	134	24	3200000	44	2
2024M07	6	134	24	2900000	80	2
2024M08	6	132	24	2500000	103	2
2024M09	6	149	24	3300000	143	2
2024M10	6	143	24	1900000	139	2
2024M11	6	139	24	1400000	117	2
2024M12	6	265	24	0	119	2
2025M01	6	156	24	0	67	2
2025M02	6	271	24	0	32	2
2025M03	6	270	23	0	65	3
2025M04	6	295	23	0	54	3
2025M05	6	264	23	1000000	50	3
2025M06	6	291	23	3000000	46	3
2024M01	7	700	20	0	700	1
2024M02	7	999	20	0	738	1
2024M03	7	581	20	0	531	1
2024M04	7	643	20	0	453	1

2024M05	7	736	20	9450000	627	1
2024M06	7	556	20	1000000	539	1
2024M07	7	655	20	4900000	651	1
2024M08	7	615	20	0	535	1
2024M09	7	612	20	7200000	582	1
2024M10	7	598	20	6200000	522	1
2024M11	7	602	25	7600000	564	5
2024M12	7	663	25	2000000	500	5
2025M01	7	625	25	0	98	5
2025M02	7	564	25	0	92	5
2025M03	7	620	25	5500000	109	5
2025M04	7	713	25	0	102	5
2025M05	7	644	25	0	103	5
2025M06	7	699	25	6750000	95	5
2024M01	8	315	23	0	226	1
2024M02	8	388	23	0	221	1
2024M03	8	370	23	0	244	1
2024M04	8	318	23	5600000	315	1
2024M05	8	428	23	1500000	421	1
2024M06	8	367	23	1400000	382	1
2024M07	8	426	23	1200000	423	1
2024M08	8	391	23	1200000	375	1
2024M09	8	386	23	1500000	332	1
2024M10	8	419	23	900000	411	1
2024M11	8	388	23	500000	383	1
2024M12	8	469	23	0	332	1
2025M01	8	496	26	0	196	1
2025M02	8	440	25	0	385	1
2025M03	8	420	23	2250000	104	2
2025M04	8	462	23	0	348	2
2025M05	8	467	23	1500000	342	2
2025M06	8	458	23	750000	360	2
2024M01	9	266	23	0	136	1
2024M02	9	352	23	0	318	1
2024M03	9	335	23	0	270	1
2024M04	9	299	23	990000	236	1
2024M05	9	364	23	300000	124	1
2024M06	9	383	23	1500000	135	1
2024M07	9	406	23	1256000	393	1

2024M08	9	398	23	200000	372	1
2024M09	9	409	23	0	332	1
2024M10	9	464	23	0	425	1
2024M11	9	497	23	1200000	425	1
2024M12	9	540	23	3800000	498	1
2025M01	9	507	23	0	215	1
2025M02	9	550	23	0	463	1
2025M03	9	449	22	2900000	425	2
2025M04	9	407	22	0	62	2
2025M05	9	515	22	1350000	29	2
2025M06	9	451	22	0	39	2
2024M01	10	308	33	0	201	1
2024M02	10	272	33	0	154	1
2024M03	10	237	33	0	126	1
2024M04	10	224	33	4000000	132	1
2024M05	10	337	33	18600000	235	1
2024M06	10	296	33	19000000	171	1
2024M07	10	337	33	2000000	223	1
2024M08	10	388	33	2400000	323	1
2024M09	10	281	33	1200000	240	1
2024M10	10	295	33	0	200	1
2024M11	10	321	33	0	242	1
2024M12	10	373	33	0	235	1
2025M01	10	245	33	0	57	1
2025M02	10	190	33	0	50	1
2025M03	10	197	32	3500000	82	2
2025M04	10	261	32	3000000	57	2
2025M05	10	282	32	3000000	57	2
2025M06	10	309	32	1750000	57	2

## Lampiran 2 Hasil Estimasi Common Effect

Dependent Variable: HT  
 Method: Panel Least Squares  
 Date: 01/15/26 Time: 08:05  
 Sample: 2024M01 2025M06  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 10  
 Total panel (balanced) observations: 180

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	362.1446	64.96248	5.574674	0.0000
SDM	-8.088649	2.183849	-3.703849	0.0003
BOK	2.41E-06	3.46E-06	0.696632	0.4870
PATUH	0.593406	0.053817	11.02645	0.0000
NAKES_DIKLAT	62.21202	9.124998	6.817757	0.0000
R-squared	0.508485	Mean dependent var	427.1167	
Adjusted R-squared	0.497250	S.D. dependent var	180.9067	
S.E. of regression	128.2716	Akaike info criterion	12.57356	
Sum squared resid	2879382.	Schwarz criterion	12.66226	
Log likelihood	-1126.621	Hannan-Quinn criter.	12.60952	
F-statistic	45.26045	Durbin-Watson stat	0.696860	
Prob(F-statistic)	0.000000			

## Lampiran 3 Hasil Estimasi Fixed Effect

Dependent Variable: HT  
 Method: Panel Least Squares  
 Date: 01/15/26 Time: 08:05  
 Sample: 2024M01 2025M06  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 10  
 Total panel (balanced) observations: 180

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	739.4195	129.9241	5.691167	0.0000
SDM	-16.85905	4.807203	-3.507040	0.0006
BOK	-9.61E-07	2.26E-06	-0.424615	0.6717
PATUH	0.219244	0.053220	4.119564	0.0001
NAKES_DIKLAT	41.32948	7.654788	5.399167	0.0000

### Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.821099	Mean dependent var	427.1167
Adjusted R-squared	0.807089	S.D. dependent var	180.9067
S.E. of regression	79.45712	Akaike info criterion	11.66290
Sum squared resid	1048030.	Schwarz criterion	11.91124
Log likelihood	-1035.661	Hannan-Quinn criter.	11.76359
F-statistic	58.60693	Durbin-Watson stat	1.489523
Prob(F-statistic)	0.000000		

## Lampiran 4 Hasil Estimasi Random Effect

Dependent Variable: HT  
 Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)  
 Date: 01/15/26 Time: 08:05  
 Sample: 2024M01 2025M06  
 Periods included: 18  
 Cross-sections included: 10  
 Total panel (balanced) observations: 180  
 Swamy and Arora estimator of component variances

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
SDM	-13.51698	3.723687	-3.629998	0.0004
BOK	-9.11E-07	2.26E-06	-0.404033	0.6867
PATUH	0.271172	0.050761	5.342146	0.0000
NAKES_DIKLAT	45.75738	7.408543	6.176300	0.0000
C	629.1829	104.9361	5.995865	0.0000

Effects Specification		S.D.	Rho
Cross-section random		76.42141	0.4805
Idiosyncratic random		79.45712	0.5195

Weighted Statistics			
R-squared	0.245095	Mean dependent var	101.6631
Adjusted R-squared	0.227840	S.D. dependent var	94.26061
S.E. of regression	82.82926	Sum squared resid	1200620.
F-statistic	14.20435	Durbin-Watson stat	1.311275
Prob(F-statistic)	0.000000		

Unweighted Statistics			
R-squared	0.386665	Mean dependent var	427.1167
Sum squared resid	3593022.	Durbin-Watson stat	0.438167

## Lampiran 5 Hasil Uji Chow

Redundant Fixed Effects Tests  
 Equation: FIXED EFFECT  
 Test cross-section fixed effects

Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	32.230243	(9,166)	0.0000
Cross-section Chi-square	181.919395	9	0.0000

## Lampiran 6 Hasil Uji Lagrange Multiplier

Lagrange Multiplier Tests for Random Effects

Null hypotheses: No effects

Alternative hypotheses: Two-sided (Breusch-Pagan) and one-sided  
(all others) alternatives

	Test Hypothesis		
	Cross-section	Time	Both
Breusch-Pagan	346.3070 (0.0000)	4.528964 (0.0333)	350.8359 (0.0000)
Honda	18.60933 (0.0000)	2.128136 (0.0167)	14.66360 (0.0000)
King-Wu	18.60933 (0.0000)	2.128136 (0.0167)	16.29973 (0.0000)
Standardized Honda	22.90124 (0.0000)	2.438890 (0.0074)	12.97969 (0.0000)
Standardized King-Wu	22.90124 (0.0000)	2.438890 (0.0074)	15.36877 (0.0000)
Gourieroux, et al.	--	--	350.8359 (0.0000)

## Lampiran 7 Hasil Uji Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test

Equation: RANDOM\_EFFECT

Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	19.169091	4	0.0007

### Lampiran 8 Hasil Transkrip Wawancara Puskesmas Karangmojo I

- Hari, Tanggal FGD : Selasa, 21 Januari 2026
- Lokasi Puskesmas : UPT Puskesmas Karangmojo I
- Informan FGD Puskesmas Karangmojo I :
- Kepala Puskesmas : Yustina Sri Widati, S.ST.Bdn
  - Bendahara BOK : Dwi Antasari, Amd.Keb
  - Pemegang Program PTM : Yuda Yanti, Skep.Ners
  - Tenaga Kesehatan Pelaksana terlatih PTM : dr. Anita Suryanti
  - Petugas Promosi Kesehatan : Larasati Dwi Mulatsih, SKM

No	Jabatan Informan	Pertanyaan Diskusi	Hasil Diskusi
1.	Kepala Puskesmas <i>Fokus ingin mengetahui Kebijakan, Manajerial tentang dana BOK pengaturan SDM</i>	"Bagaimana Bapak/Ibu mengatur pembagian tugas (job desk) petugas agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanganan program Hipertensi?"	"Dalam mengatur pembagian tugas agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanganan program hipertensi, ada beberapa upaya yang kami lakukan seperti, Menunjuk SDM penanggungjawab (PJ) PTM tk Puskesmas ; Menunjuk dokter penanggung jawab PTM; Membuat regulasi penanganan pasien hipertensi; Menyusun tim pelayanan pasien

			<p>hipertensi (ada kelas penanganan pasien hipertensi di 4 lokasi); Menyusun jadwal rutin pelayanan khusus pasien hipertensi sehingga SDM bisa disiapkan lebih awal; Koordinasi antar petugas pelayanan pasien hipertensi dengan pemberian note flag pada pasien pasien hipertensi pada pelayanan regular di E-RM; Mengikutkan peningkatan kompetensi PJ dan petugas terkait penanganan pasien hipertensi dan Mengalokasikan anggaran BOK untuk mendukung kegiatan penanganan pasien hipertensi kunjungan rumah, edukasi, pembinaan kader dll sesuai menu BOK meskipun belum sesuai kebutuhan karena menu BOK kurang fleksibel.”</p>
--	--	--	--

		<p>"Melihat hasil penelitian saya bahwa BOK tidak signifikan, apakah Bapak/Ibu berencana melakukan pergeseran prioritas anggaran internal untuk tahun depan?"</p>	<p>"Sepanjang bisa dilakukan dan tidak melanggar regulasi."</p>
		<p>"Apa inovasi yang Bapak/Ibu dorong agar kualitas pelayanan hipertensi tetap meningkat meskipun dukungan anggaran operasional dari pusat (BOK) bersifat fluktuatif?"</p>	<p>"Ya kami melakukan beberapa hal berikut seperti Keberlangsungan kegiatan kelas hipertensi didukung dengan kegiatan pengembangan dan berusaha untuk mengakses dukungan pihak ke 3 (Danais, PIWK, PIS, CSR); Dukungan anggaran DAU fisik untuk kegiatan germas; Mempelajari menu anggaran BOK dan mencari peluang yang bisa dialokasikan di kegiatan pasien hipertensi dan Mengakses dukungan lintas sektor</p>

			(Pemerintah kalurahan, kapanewon, BPP, KUA).”
2.	Bendahara BOK Puskesmas <i>Fokus ingin mendalami lebih lanjut tentang hasil analisis dana BOK yang tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap pelayanan hipertensi</i>	"Dalam satu tahun anggaran, berapa persen rata-rata dana BOK yang dialokasikan khusus untuk program Hipertensi dibandingkan program PTM lainnya?"	”Dana BOK tidak spesifik untuk program hipertensi dan kegiatan yang ada untuk penyakit tidak menular, dimana program hipertensi masuk di dalamnya”
		"Apakah ada aturan dalam Juknis BOK yang membatasi penggunaan dana untuk intervensi langsung penderita hipertensi (misalnya hanya boleh untuk transportasi petugas, tapi tidak boleh untuk alat peraga atau bahan medis habis pakai)?"	”Peraturan ada, karena dalam kegiatan skrining penyakit tidak menular hanya boleh mengganggu transport petugas, akan tetapi untuk alat peraga dan bahan medis habis pakai tidak boleh.”
		"Apakah sering terjadi keterlambatan pencairan dana BOK yang menghambat pelaksanaan skrining atau Posbindu di desa?"	”Untuk dana BOK biasanya mulai disalurkan pada triwulan I sekitar bulan february atau maret, akan tetapi apabila

			programmer PTM pasien hipertensi akan melakukan kegiatan terlebih dahulu bisa dilakukan, karena SPJ transport petugas bisa waktu lampau asal sesuai dengan anggaran kas.”
		"Menurut pengalaman Bapak/Ibu, apakah besaran dana BOK yang turun selalu sesuai dengan jumlah kasus hipertensi yang harus ditangani?"	"Saya kurang memahami untuk jumlah kasus hipertensi, karena sasaran BOK adalah jumlah padukuhan dilakukan skrining PTM pasien hipertensi bukan jumlah kasus pasien hipertensi.”
3.	Pemegang Program PTM <i>Fokus ingin penjelasan operasional dan kendala teknis.</i>	"Data saya menunjukkan anggaran tidak terlalu berpengaruh pada hasil pelayanan, tapi kepatuhan pasien sangat berpengaruh. Menurut Anda, apakah pelayanan hipertensi di sini lebih bergantung pada 'dana' atau pada	"Pelayanan hipertensi bergantung pada kreativitas petugas.”

		'kreativitas petugas' di lapangan?"	
		"Kegiatan apa yang paling banyak menyerap energi dan biaya, namun hasilnya belum maksimal dalam menurunkan angka hipertensi?"	"Kunjungan rumah pada pasien pasien hipertensi mangkir berobat, pasien akan rutin jika dikunjungi, akan tetapi setelahnya tidak mau kontrol lagi."
		"Bagaimana koordinasi antara pemegang program dengan bendahara dalam menyusun rencana kegiatan agar anggaran BOK benar-benar menyentuh kebutuhan penderita hipertensi?"	"Rencana kegiatan berdasarkan Rencana Tindak Lanjut dari analisa masalah dengan menyesuaikan menu yang ada di juknis BOK."
4.	Tenaga Kesehatan yang sudah menjalani DIKLAT <i>Fokus ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hasil analisis variabel tenaga diklat yang signifikan mempengaruhi</i>	"Setelah mengikuti pelatihan/diklat PTM, perubahan nyata apa yang Bapak/Ibu terapkan dalam standar pelayanan hipertensi di Puskesmas atau Posbindu?"	"Puskesmas dapat memberikan penatalaksanaan hipertensi sesuai protokol hipertensi yang terbaru."

	<i>pelayanan pasien hipertensi</i>		
		"Apakah jumlah tenaga kesehatan yang sudah terlatih diklat saat ini sudah mencukupi untuk menangani seluruh wilayah kerja Puskesmas yang cukup luas?"	"Belum mencukupi."
		"Apakah Bapak/Ibu merasa memiliki hambatan dalam menerapkan ilmu hasil diklat karena keterbatasan alat atau anggaran operasional?"	"Belum semua nakes mematuhi protokol terbaru."
5.	Petugas Promosi Kesehatan <i>Fokus ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hasil analisis variabel patuh yang signifikan mempengaruhi pelayanan pasien hipertensi</i>	"Faktor apa yang paling membuat warga di wilayah puskesmas anda 'Patuh' untuk datang kontrol? Apakah karena edukasi, peran kader, atau ada faktor budaya tertentu?"	"Edukasi dan juga peran kader, karena setelah pasien mendapatkan edukasi mereka akan lebih paham dan memahami terkait penyakit tidak menular hipertensi, jadi biasanya akan mengikuti anjuran yang disampaikan oleh nakes. Peran kader juga berpengaruh terhadap

			patuh kontrol, karena biasanya kader akan memotivasi pasien untuk kontrol secara rutin.”
		"Apa tantangan tersulit saat melakukan edukasi perubahan gaya hidup (diet rendah garam, olahraga) pada masyarakat lokal?"	”Kebiasaan dan budaya masyarakat yang sudah biasa dilakukan yaitu pola makan tinggi garam/asin dan manis/tinggi gula, sering dianggap wajar dan sulit untuk dirubah karena sudah menjadi kebiasaan. Olahraga seringkali disamakan dengan aktivitas yang dilakukan sehari-hari, misalkan ke ladang, bersih-bersih rumah. Aktivitas sudah dianggap sebagai olahraga.”
		"Menurut Anda, apakah kegiatan edukasi saat ini sudah mendapatkan dukungan dana yang cukup dari BOK, atau masih dianggap sebagai kegiatan sampingan?"	”Sudah ada dukungan dana karena memang ada anggaran untuk edukasi.”

### Lampiran 9. Hasil Transkrip Wawancara Puskesmas Ponjong II

- Hari, Tanggal FGD : Senin, 26 Januari 2026
- Lokasi Puskesmas : Puskesmas Ponjong II
- Informan FGD Puskesmas Ponjong II :
- Kepala Puskesmas : Triyono Budi Raharjo, S.ST.Ners
  - Bendahara BOK : Sucik Yulistiyani, S.Tr.Keb.Bdn.
  - Pemegang Program PTM : Herry Adyaksa Ribawa, S.ST.Ners
  - Tenaga Kesehatan Pelaksana terlatih PTM: Herry Adyaksa Ribawa, S.ST.Ners
  - Petugas Promosi Kesehatan : Ika Mita Yunita, SKM.

No	Jabatan Informan	Pertanyaan Diskusi	Hasil Diskusi
1.	Kepala Puskesmas <i>Fokus ingin mengetahui Kebijakan, Manajerial tentang dana BOK pengaturan SDM</i>	"Bagaimana Bapak/Ibu mengatur pembagian tugas (job desk) petugas agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanganan program Hipertensi?"	"Kepala puskesmas memberikan SK job desk untuk semua karyawan di awal tahun, salah satunya adalah memilih 1 karyawan menjadi programmer PTM , dimana tugas programmer PTM itu salah satunya adalah mengkoordinir nakes yang akan

			melaksanakan tugas baik di dalam gedung maupun di luar gedung dalam memberikan pelayanan pasien hipertensi, jadi pengaturan jadwal pelayanan dan nakes yang bertugas diserahkan langsung pada programmer PTM.”
		"Melihat hasil penelitian saya bahwa BOK tidak signifikan, apakah Bapak/Ibu berencana melakukan pergeseran prioritas anggaran internal untuk tahun depan?"	”Tidak ada pergeseran prioritas anggaran, karena dana BOK diatur langsung oleh pusat.”
		"Apa inovasi yang Bapak/Ibu dorong agar kualitas pelayanan hipertensi tetap meningkat meskipun dukungan anggaran	”Inovasi yang saya lakukan adalah sistem jemput bola pasien dengan memperbanyak kegiatan posbindu PTM

		operasional dari pusat (BOK) bersifat fluktuatif?"	dan Prolanis di dusun-dusun dengan mengembangkan kerjasama lintas sektor dan kader kesehatan.”
2.	Bendahara BOK Puskesmas <i>Fokus ingin mendalami lebih lanjut tentang hasil analisis dana BOK yang tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap pelayanan hipertensi</i>	"Dalam satu tahun anggaran, berapa persen rata-rata dana BOK yang dialokasikan khusus untuk program Hipertensi dibandingkan program PTM lainnya?"	"Persentase alokasi anggaran BOK untuk PTM Hipertensi tidak sama, di Puskesmas Ponjong II tahun 2024 ada 18% dan di tahun 2025 ada 35%.”
		"Apakah ada aturan dalam Juknis BOK yang membatasi penggunaan dana untuk intervensi langsung penderita hipertensi (misalnya hanya boleh untuk transportasi petugas, tapi tidak boleh untuk alat peraga atau bahan medis habis pakai)?"	"Dalam penggunaan dana BOK ada juknisnya, hanya untuk transport petugas saja, untuk alat peraga dan bahan medis habis pakai tidak boleh.”
		"Apakah sering terjadi keterlambatan pencairan dana BOK	"Keterlambatan disebabkan oleh aturan, juknis belum turun,

		yang menghambat pelaksanaan skrining atau Posbindu di desa?"	setelah juknis dan sp2d (surat perintah pencairan dana) turun, permintaan dana setiap bulannya lancar.”
		"Menurut pengalaman Bapak/Ibu, apakah besaran dana BOK yang turun selalu sesuai dengan jumlah kasus hipertensi yang harus ditangani?"	”Besaran dana BOK selalu sesuai karena adanya perencanaan awal atau RUK (Rencana Usulan Kegiatan) yang membiayai skrining sesuai sasaran.”
3.	Pemegang Program PTM <i>Fokus ingin penjelasan operasional dan kendala teknis.</i>	"Data saya menunjukkan anggaran tidak terlalu berpengaruh pada hasil pelayanan, tapi kepatuhan pasien sangat berpengaruh. Menurut Anda, apakah pelayanan hipertensi di sini lebih bergantung pada 'dana' atau pada 'kreativitas petugas' di lapangan?"	”Menurut saya yang cenderung berpengaruh adalah kreativitas petugas dimana penderita HT harus mendapatkan pelayanan dan rutin berobat.”
		"Kegiatan apa yang paling banyak menyerap energi dan	”Yang banyak menyerap dana adalah skrining PTM yang terintegrasi

		biaya, namun hasilnya belum maksimal dalam menurunkan angka hipertensi?"	dengan pusling, dimana pasien yang datang justru lebih banyak pasien umum dan kebanyakan pasien hipertensi tidak datang dalam pusling karena jika tak ada keluhan tidak periksa."
		"Bagaimana koordinasi antara pemegang program dengan bendahara dalam menyusun rencana kegiatan agar anggaran BOK benar-benar menyentuh kebutuhan penderita hipertensi?"	"Pemegang program dan bendahara BOK selalu intensif dalam komunikasi dan koordinasi dalam melaksanakan program yang sudah direncanakan dalam pengendalian penyakit tidak menular hipertensi, begitu pula untuk program yang belum terlaksana tetapi sudah direncanakan."
4.	Tenaga Kesehatan yang sudah menjalani DIKLAT <i>Fokus ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hasil analisis</i>	"Setelah mengikuti pelatihan/diklat PTM, perubahan nyata apa yang Bapak/Ibu terapkan dalam standar pelayanan hipertensi di	"Saya jadi tahu dan mengerti tentang alur pelayanan hipertensi setelah mengikuti diklat, akan tetapi masih banyak kendala karena tingkat kesadaran dari

	<i>variabel tenaga diklat yang signifikan mempengaruhi pelayanan pasien hipertensi</i>	Puskesmas atau Posbindu?"	penderita hipertensi masih sangat rendah, masih enggan kontrol secara rutin, jika tak ada keluhan tidak kontrol dan merasa bosan minum obat setiap hari dan seumur hidup."
		"Apakah jumlah tenaga kesehatan yang sudah terlatih diklat saat ini sudah mencukupi untuk menangani seluruh wilayah kerja Puskesmas yang cukup luas?"	"Menurut saya sudah cukup, karena yang paling utama sebenarnya adalah kesadsaran penderita hipertensi untuk kontrol secara rutin."
		"Apakah Bapak/Ibu merasa memiliki hambatan dalam menerapkan ilmu hasil diklat karena keterbatasan alat atau anggaran operasional?"	"Tidak ada hambatan dari sisi alat dan anggaran.
5.	Petugas Promosi Kesehatan <i>Fokus ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hasil analisis variabel patuh yang</i>	"Faktor apa yang paling membuat warga di wilayah puskesmas anda 'Patuh' untuk datang kontrol? Apakah karena edukasi, peran	"Masyarakat patuh kontrol ke puskesmas karena adanya edukasi kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan juga peran bu kader yang luar

	<i>signifikan mempengaruhi pelayanan pasien hipertensi</i>	kader, atau ada faktor budaya tertentu?"	biasa membantu melakukan skrining kesehatan setiap bulan di kegiatan posyandu."
		"Apa tantangan tersulit saat melakukan edukasi perubahan gaya hidup (diet rendah garam, olahraga) pada masyarakat lokal?"	"Tantangan tersulit melakukan edukasi tentang perubahan gaya hidup masyarakat adalah mengubah perilaku atau kebiasaan masyarakat yang sangat sulit. Terutama untuk mengkonsumsi makanan yang sehat serta berolahraga."
		"Menurut Anda, apakah kegiatan edukasi saat ini sudah mendapatkan dukungan dana yang cukup dari BOK, atau masih dianggap sebagai kegiatan sampingan?"	"Kegiatan edukasi sudah cukup di danani oleh dana BOK dan juga dana desa."