

ARTIKEL
ANALISIS KEBUTUHAN *CAPACITY BUILDING* PELAYANAN
KEGAWATDARURATAN NEONATAL DAN ANAK DI RSUD BEDAS
CIMAUNG

CHRISTINE DASSA
NPM. 248020137



PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
PASCASARJANA
UNIVERSITAS PASUNDAN
BANDUNG
2026

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan menganalisis kebutuhan *capacity building* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak, mengidentifikasi hambatan pengembangannya, serta merumuskan model *capacity building* yang sesuai di RSUD Bedas Cimaung. Penelitian menggunakan paradigma naturalistik dengan pendekatan deskriptif kualitatif dan desain studi kasus tunggal. Informan dipilih secara *purposive* hingga tercapai kecukupan informasi dan melibatkan 21 informan (I02-I22). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan jawaban terstruktur, observasi nonpartisipatif, telaah dokumen, serta studi pustaka. Analisis dilakukan melalui transkripsi, reduksi, *coding*, triangulasi, perbandingan *required capacity-capacity assets-capacity gap*, analisis hambatan menggunakan model George C. Edwards III, serta pemetaan pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSUD Bedas Cimaung telah memiliki berbagai *capacity assets*, tetapi belum seluruhnya menjadi *operational readiness* yang konsisten. Hambatan yang paling konsisten ditemukan pada dimensi sumber daya; komunikasi dan struktur birokrasi memengaruhi integrasi kapasitas, sedangkan disposisi dan *adaptive capacity* menjadi faktor pendukung. Model yang dihasilkan menghubungkan *required capacity* dan *capacity assets*, identifikasi *capacity gap*, analisis hambatan Edwards III, pemetaan level *capacity building*, intervensi sesuai akar kesenjangan, *operational readiness*, dan *reliable service capability*. Disimpulkan bahwa *capacity building* perlu dilaksanakan secara bertahap, terintegrasi, dan berbasis akar kesenjangan agar pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak lebih konsisten, aman, dan berkelanjutan.

Kata kunci: *capacity building*; kegawatdaruratan neonatal; kegawatdaruratan anak; *operational readiness*; RSUD Bedas Cimaung.

ABSTRACT

This study aimed to analyze capacity-building needs for neonatal and pediatric emergency services, identify barriers to capacity development, and formulate an appropriate capacity-building model at RSUD Bedas Cimaung. A naturalistic paradigm with a descriptive qualitative approach and a single-case study design was used. Informants were selected purposively until information adequacy was achieved, involving 21 informants (I02-I22). Data were collected through in-depth interviews and structured responses, non-participant observation, document review, and literature study. Analysis included transcription, data reduction, coding, triangulation, comparison of required capacity-capacity assets-capacity gap, barrier analysis using the George C. Edwards III model, and mapping at individual, organizational, and enabling-environment levels. The findings showed that RSUD Bedas Cimaung has various capacity assets, but these have not all been transformed into consistent operational readiness. Resource-related constraints were the most consistently identified barriers; communication and bureaucratic structure influenced capacity integration, while disposition and adaptive capacity acted as supporting factors. The resulting model links required capacity and capacity assets, capacity-gap identification, Edwards III barrier analysis, capacity-building level mapping, interventions based on root gaps, operational readiness, and reliable service capability. Capacity building should therefore be implemented gradually, integratively, and according to the root causes of capacity gaps to support more consistent, safe, and sustainable neonatal and pediatric emergency services.

Keywords: capacity building; neonatal emergency care; pediatric emergency care; operational readiness; RSUD Bedas Cimaung.

I. PENDAHULUAN

Pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak memerlukan kemampuan rumah sakit yang terintegrasi karena perubahan kondisi klinis dapat berlangsung cepat dan membutuhkan pengenalan dini, triase, resusitasi, stabilisasi, pemantauan, konsultasi, pelayanan penunjang, serta rujukan yang tepat dan berkesinambungan. Kelompok neonatal masih memberi kontribusi besar terhadap kematian anak. World Health Organization melaporkan sekitar 4,9 juta kematian anak usia di bawah lima tahun pada tahun 2024 dan sekitar 2,3 juta di antaranya terjadi pada periode neonatal (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2026). Di Jawa Barat, tahun 2024 tercatat 5.533 kematian bayi dan 4.858 atau sekitar 87,8% terjadi pada periode neonatal (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2025).

Di Kabupaten Bandung, Angka Kematian Bayi meningkat dari 2,18 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2020 menjadi 7,61 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2025-2029 juga menempatkan kematian ibu dan bayi, keterlambatan rujukan, serta kebutuhan penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak sebagai isu

strategis (Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, 2025a; 2025b). Kondisi tersebut menegaskan bahwa penguatan pelayanan rumah sakit harus dilihat sebagai bagian dari kesinambungan sistem pelayanan maternal, neonatal, dan anak.

Permenkes Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit memperkuat pendekatan penyelenggaraan rumah sakit berdasarkan kemampuan pelayanan. Kemampuan pelayanan tidak cukup dinilai dari keberadaan suatu ruangan atau unit, tetapi harus ditopang tenaga yang kompeten dan berwenang serta sarana, prasarana, peralatan, dan sistem pelayanan yang diperlukan. Pada pelayanan maternal-neonatal, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/560/2025 juga menekankan kompetensi tenaga, sarana-prasarana, alat, obat, tata kelola, kolaborasi, pencatatan, pelaporan, dan sistem rujukan sebagai satu kesatuan kemampuan pelayanan.

RSUD Bedas Cimaung merupakan rumah sakit pemerintah kelas D milik Pemerintah Kabupaten Bandung yang mulai beroperasi pada tahun 2023. Rumah sakit telah menyelenggarakan IGD 24 jam, Poliklinik Anak, rawat inap anak, Perinatologi, PONEK, pelayanan bedah dan anestesi, Laboratorium, Radiologi, Farmasi, serta ambulans. Pemanfaatan pelayanan neonatal dan anak meningkat cepat. Kunjungan IGD neonatal-anak meningkat dari 347 kunjungan pada tahun 2024 menjadi 918 pada tahun 2025, sedangkan Januari-Juni 2026 telah mencapai 486 kunjungan. Rawat inap anak meningkat dari 67 episode pada tahun 2024 menjadi 409 pada tahun 2025 dan 245 episode selama Januari-Juni 2026. Rawat inap Perinatologi meningkat dari 2 episode pada tahun 2024 menjadi 68 pada tahun 2025 dan 102 pada Januari-Juni 2026 (RSUD Bedas Cimaung, 2024a; 2025a; 2026j).

Peningkatan kebutuhan pelayanan belum sepenuhnya diikuti kesiapan kapasitas. Data kebutuhan SDM Februari 2026 menunjukkan ketersediaan dokter umum 9 dari kebutuhan 11, dokter spesialis anak 1 dari kebutuhan 2, perawat 31 dari kebutuhan 51, bidan 19 dari kebutuhan 23, ATLM 6 dari kebutuhan 11, dan radiografer 3 dari kebutuhan 6. Rumah sakit telah memiliki ruang NICU, sebagian sarana-prasarana dan alat, serta tim yang dipersiapkan, tetapi layanan NICU belum beroperasi sebagai layanan formal. PICU juga belum tersedia sebagai pelayanan tersendiri. Kondisi ini menunjukkan adanya perbedaan antara kapasitas struktural yang sudah tersedia dengan kapasitas operasional yang dapat digunakan secara konsisten.

Konsep *capacity building* relevan untuk menjelaskan kondisi tersebut karena penguatan kapasitas tidak hanya berupa penambahan tenaga atau alat, tetapi proses membangun

kemampuan individu, organisasi, dan lingkungan pendukung agar sumber daya dapat digunakan secara efektif dan berkelanjutan. Penelitian ini karena itu tidak hanya mengidentifikasi apa yang belum tersedia, tetapi membandingkan *required capacity* dengan *capacity assets*, mengidentifikasi *capacity gap*, menganalisis hambatan yang mempertahankan kesenjangan, dan merumuskan model penguatan yang sesuai dengan karakteristik RSUD Bedas Cimaung.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah penelitian adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kebutuhan *capacity building* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak di RSUD Bedas Cimaung?
2. Apa hambatan dalam pengembangan *capacity building* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak di RSUD Bedas Cimaung?
3. Bagaimana model *capacity building* yang sesuai berdasarkan kesenjangan kapasitas pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*?

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis kebutuhan *capacity building* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak di RSUD Bedas Cimaung.
2. Mengidentifikasi hambatan dalam pengembangan *capacity building* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak.
3. Merumuskan model *capacity building* berdasarkan kesenjangan kapasitas pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*.

II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN PROPOSISI PENELITIAN

Kajian Pustaka

1. Capacity Building

Capacity building dipahami sebagai proses untuk memperoleh, memperkuat, dan mempertahankan kemampuan individu, organisasi, dan lingkungan pendukung agar tujuan dapat dicapai secara berkelanjutan. UNDP (2009) menempatkan pengembangan kapasitas pada tiga tingkat, yaitu individu, organisasi, dan *enabling environment*. Pada tingkat individu, kapasitas berkaitan dengan pengetahuan, keterampilan, kompetensi, pengalaman, dan kemampuan. Pada

tingkat organisasi, kapasitas meliputi struktur, sumber daya, proses, tata kelola, informasi, koordinasi, dan kemampuan mempertahankan fungsi organisasi. Pada tingkat *enabling environment*, kapasitas dipengaruhi kebijakan, kelembagaan, pembiayaan, jejaring, dan pemangku kepentingan eksternal.

Potter dan Brough (2004) menekankan bahwa kegagalan pelayanan tidak selalu disebabkan kurangnya keterampilan individu, tetapi dapat berasal dari kelemahan pada lapisan kapasitas yang lebih luas seperti jumlah tenaga, fasilitas, sistem pendukung, struktur organisasi, serta lingkungan kelembagaan. Hal ini penting dalam pelayanan kegawatdaruratan karena kompetensi klinis tenaga hanya dapat diwujudkan apabila alat, obat, penunjang, tempat tidur, dan jalur rujukan tersedia ketika dibutuhkan.

Bergeron et al. (2017) dan DeCorby-Watson et al. (2018) menunjukkan bahwa intervensi *capacity building* yang efektif bersifat multidimensional, tidak terbatas pada pelatihan. Pengembangan kapasitas dapat mencakup peningkatan keterampilan, penguatan organisasi, kepemimpinan, jejaring, sistem informasi, evaluasi, serta mekanisme keberlanjutan. Dengan demikian, analisis kebutuhan kapasitas harus membedakan sumber daya yang telah tersedia dengan kemampuan sumber daya tersebut untuk menghasilkan pelayanan yang konsisten.

2. Model Implementasi Kebijakan George C. Edwards III

Model George C. Edwards III digunakan untuk menganalisis hambatan yang memengaruhi pengembangan kapasitas. Edwards (1980) mengemukakan empat dimensi penting, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Komunikasi berkaitan dengan transmisi, kejelasan, dan konsistensi informasi; sumber daya mencakup staf, informasi, kewenangan, fasilitas, dan dukungan yang memungkinkan kebijakan dilaksanakan; disposisi menggambarkan sikap, komitmen, dan kemauan pelaksana; sedangkan struktur birokrasi berhubungan dengan SOP, fragmentasi organisasi, serta pembagian tanggung jawab. Dalam penelitian ini, Edwards III tidak digunakan untuk menilai keberhasilan akhir implementasi Permenkes Nomor 6 Tahun 2026, tetapi untuk menjelaskan mengapa kesenjangan kapasitas tertentu bertahan dan faktor apa yang perlu diperkuat agar *capacity building* dapat berjalan.

3. Pelayanan Kegawatdaruratan Neonatal dan Anak

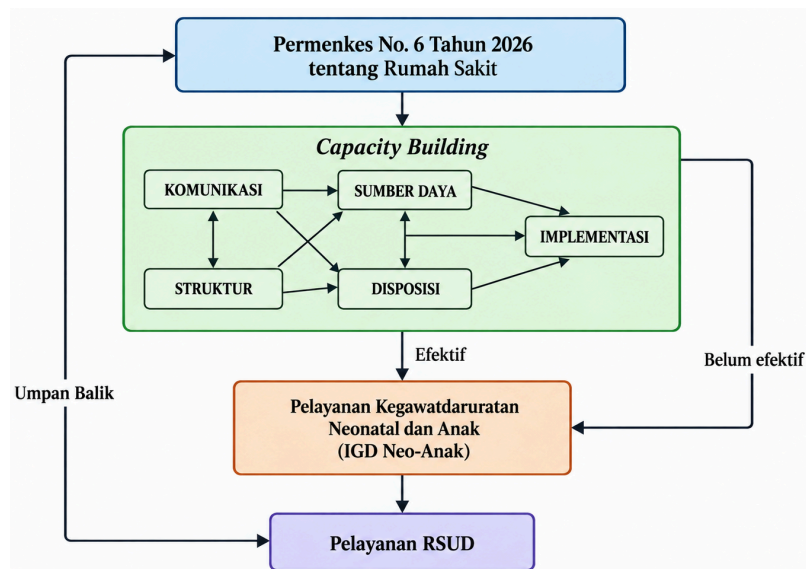
Pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak merupakan rangkaian yang mencakup pengenalan kegawatan, triase, resusitasi, stabilisasi, pemantauan, konsultasi, pemeriksaan

penunjang, perawatan, transportasi, dan rujukan. Studi di rumah sakit dengan sumber daya terbatas menunjukkan bahwa kapasitas pediatrik sangat dipengaruhi keterampilan tenaga, ketersediaan obat dan alat, kemampuan diagnostik, beban kerja, serta dukungan organisasi (Hategeka et al., 2017a; Muttalib et al., 2021).

Pada sisi organisasi, peningkatan kompetensi melalui pelatihan tidak otomatis menghasilkan kemampuan klinis apabila tenaga terbatas, fasilitas tidak mendukung, atau alur pelayanan belum terintegrasi (Hategeka et al., 2017b; Negero et al., 2021). Sistem rujukan neonatal juga dipengaruhi koordinasi, pemahaman prosedur, sistem informasi, tenaga, dan kapasitas rumah sakit tujuan (Nestelita et al., 2019; Nugroho et al., 2020).

Kerangka Pemikiran

Kerangka penelitian dimulai dengan membandingkan kapasitas yang dibutuhkan (*required capacity*) dengan kapasitas yang telah tersedia (*capacity assets*) untuk mengidentifikasi *capacity gap*. Kesenjangan tersebut kemudian dianalisis menggunakan model Edwards III guna menentukan faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi yang memengaruhi pengembangan kapasitas. Selanjutnya, kebutuhan penguatan dipetakan pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment* sebagai dasar perumusan intervensi *capacity building*.



Gambar 1. Kerangka Pemikiran Penelitian

Sumber: dikembangkan peneliti berdasarkan Edwards III (1980)

Proposisi Penelitian

1. *Capacity building* yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak dapat mendukung penerapan Permenkes Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit.
2. Hambatan *capacity building* dapat berasal dari aspek sumber daya manusia, sarana-prasarana, tata kelola, koordinasi, dan dukungan sistem.
3. Model *capacity building* perlu disusun berdasarkan kesenjangan kapasitas pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*.

III. METODOLOGI PENELITIAN

Lokasi dan Desain Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD Bedas Cimaung Kabupaten Bandung. Penelitian menggunakan paradigma naturalistik dengan pendekatan deskriptif kualitatif dan desain studi kasus tunggal. Desain tersebut digunakan karena penelitian berfokus pada pemahaman mendalam terhadap kondisi kapasitas pelayanan pada satu organisasi rumah sakit dalam konteks nyata.

Informan dipilih secara *purposive* berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan terhadap pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak sampai tercapai kecukupan informasi. Penelitian melibatkan 21 informan dengan kode I02-I22 yang mewakili pimpinan rumah sakit, manajemen pelayanan, keperawatan, tata usaha, penunjang, Komite Medik, Komite Mutu, IGD, PONEK, dokter spesialis anak, dokter IGD, perawat IGD, bidan PONEK, Perinatologi, sarana-prasarana, Laboratorium, Radiologi, Farmasi, transportasi/ambulans, serta rekam medis.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, satu jawaban terstruktur, observasi nonpartisipatif, telaah dokumen, dan studi pustaka. Telaah dokumen mencakup regulasi, Renstra, RBA, data SDM, roster, data pelatihan dan kredensial, inventaris alat, SPO, *Clinical Pathway*, register pelayanan, laporan mutu, data rujukan, serta komunikasi operasional yang relevan.

Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber dan metode, penyajian konteks untuk mendukung *transferability*, dokumentasi proses untuk *dependability*, serta keterlacakan interpretasi pada bukti empiris untuk *confirmability*. Pada temuan penting atau yang memerlukan klarifikasi dilakukan konfirmasi kepada sumber data yang relevan.

Analisis mengacu pada Miles, Huberman, dan Saldaña (2014) melalui kondensasi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Data ditranskripsi, direduksi, dan

dikoding berdasarkan kebutuhan *capacity building*, hambatan pengembangan, dan model penguatan. Pada parameter kebutuhan, analisis diarahkan pada *required capacity*, *capacity assets*, *capacity gap*, dan kebutuhan penguatan. Hambatan dikoding berdasarkan komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Hasil selanjutnya dipetakan pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*. Koding tetap terbuka terhadap tema baru yang muncul secara induktif sepanjang didukung bukti empiris.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan pemanfaatan pelayanan neonatal dan anak di RSUD Bedas Cimaung berlangsung bersamaan dengan pengembangan kapasitas rumah sakit. Peningkatan kunjungan IGD neonatal-anak, rawat inap anak, dan Perinatologi memperbesar kebutuhan terhadap kesiapan SDM, sarana, pelayanan penunjang, tempat tidur, serta sistem rujukan.

Data pelatihan menunjukkan variasi kemampuan antar kelompok tenaga. Dokter spesialis anak memiliki pelatihan APRC, konseling manajemen laktasi dan menyusui, imunisasi, serta *Gut and Growth*. Lima dari sepuluh perawat IGD telah mengikuti BTCLS. Lima dari sembilan bidan PONEK pernah mengikuti KKMN, tetapi satu sertifikat telah kedaluwarsa sehingga empat dari sembilan masih memiliki sertifikat yang berlaku. Seluruh lima perawat ICU/NICU/Perinatologi telah mengikuti pelatihan sesuai peran, sedangkan dua driver ambulans telah memiliki sertifikat BLS. Temuan tersebut menunjukkan adanya *capacity assets*, tetapi pemerataan kompetensi per shift belum sama pada semua unit.

Tabel 1. Sintesis Kebutuhan Capacity Building Pelayanan Kegawatdaruratan Neonatal dan Anak

Aspek	Capacity Asset	Capacity Gap	Kebutuhan Penguatan
SDM dan kompetensi	Tenaga dan sebagian kompetensi telah tersedia; sistem kredensial berjalan.	Jumlah, distribusi, kontinuitas dan kompetensi belum merata pada semua shift.	Matriks kompetensi, roster berbasis skill mix, backup, refresh, simulasi dan rekredensial.
IGD/PONEK/Perinatologi	Pelayanan dasar, resusitasi dan stabilisasi telah berjalan.	Kesiapan alat dan kompetensi neonatal-anak belum selalu merata di titik pelayanan.	Penguatan emergency readiness dan point-of-care readiness.
NICU/PICU	Ruang NICU, sebagian alat dan tim persiapan tersedia; stabilisasi pasien kritis dilakukan.	NICU belum menjadi layanan formal; PICU belum tersedia sebagai layanan tersendiri.	Pengembangan bertahap berbasis readiness assessment dan kemampuan rujukan.
Rawat inap	Tempat tidur anak/perinatologi tersedia.	Effective bed capacity dipengaruhi staffing, isolasi, cohorting dan kondisi klinis.	Real-time bed management dan penyesuaian bed dengan staffing.
Laboratorium	Pemeriksaan emergensi utama tersedia dan direncanakan 24 jam.	Pernah terjadi shift kosong; TAT bervariasi menurut jenis pemeriksaan dan waktu.	Backup ATLM, contingency plan, POCT terkontrol dan LIS.

Radiologi	Rontgen digital dan USG tersedia; coverage hari libur membaik.	Belum tersedia pelayanan malam penuh; USG bergantung pada radiolog.	Penguatan staffing, coverage dan mekanisme CITO/backup.
Farmasi	Pelayanan terjadwal 24 jam dan mekanisme restock tersedia.	Staffing buffer dan kesiapan stok di titik pelayanan perlu diperkuat.	Standardisasi emergency trolley, minimum stock dan restock.
Rujukan	Sistem rujukan dan ambulans tersedia.	Penerimaan RS tujuan, bed, spesialis, NICU/PICU dan penunjang dapat menjadi bottleneck.	Referral tracking, jejaring pengampunan dan evaluasi response time.
SPO, mutu, data	SPO, Clinical Pathway, indikator mutu dan SIMRS tersedia.	Standardisasi dokumen dan indikator spesifik neonatal-anak belum optimal.	Version control, audit penerapan dan decision-ready information.

Sumber: Hasil sintesis penelitian, 2026.

Pada pelayanan penunjang, Laboratorium telah menyediakan pemeriksaan GDS, hematologi, elektrolit, dan AGD. Pelayanan direncanakan 24 jam dengan enam ATLM, tetapi pada beberapa kejadian terdapat shift kosong saat petugas sakit dan tidak tersedia pengganti. Analisis parsial terhadap 109 entri register dengan waktu terbaca menunjukkan median TAT sekitar 38 menit dan rata-rata 49,8 menit; sekitar 69,7% selesai dalam waktu kurang dari atau sama dengan 60 menit. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kualitas atau ketepatan waktu ketika pemeriksaan tersedia harus dibedakan dari kontinuitas ketersediaan pelayanan.

Radiologi memiliki tiga radiografer dan satu dokter spesialis radiologi. Analisis register Januari-September 2026 menunjukkan 1.513 pemeriksaan rontgen dengan data waktu lengkap memiliki rata-rata WTPR sekitar 42,8 menit dan median 40 menit; 85,4% selesai dalam waktu kurang dari atau sama dengan 60 menit. Pada kelompok neonatal dan anak, rata-rata sekitar 40,7 menit. Jadwal September 2026 menunjukkan hari Minggu/tanggal merah telah diperluas menjadi dua shift pagi dan sore, tetapi pelayanan malam penuh belum tersedia. Hal ini menggambarkan perkembangan kapasitas tanpa menghilangkan kesenjangan kesiapan 24 jam.

Register IGD Januari-September 2026 mencatat 129 rujukan lepas neonatal dan anak. Keterbatasan ruang rawat/isolasi merupakan penyebab terbesar, yaitu 71 kasus (55,0%), diikuti ketidaktersediaan atau kontinuitas dokter spesialis anak sebanyak 22 kasus (17,1%). Kebutuhan Sp.BA dan Sp.OT masing-masing sembilan kasus, PICU tiga kasus, NICU dua kasus, serta penyebab lain berupa pelayanan spesialisik, pemeriksaan penunjang, petugas laboratorium, alat, obat/vaksin, dan kendala administrasi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa rujukan tidak hanya terjadi karena diagnosis di luar kemampuan dasar IGD, tetapi juga ketika kemampuan lanjutan yang dibutuhkan tidak tersedia pada saat tersebut.

Pada NICU, ruang dan sebagian alat telah tersedia, tetapi pada saat penelitian layanan belum memiliki SK layanan dan belum melalui proses credentialing pelayanan dengan BPJS Kesehatan. Dengan demikian, ketersediaan ruang dan alat belum dapat dipersamakan dengan

terselenggaranya layanan formal. Kondisi ini menjadi contoh penting perbedaan antara kapasitas struktural dan kesiapan operasional.

Hambatan Pengembangan Capacity Building Berdasarkan Edwards III

Tabel 2. Analisis Hambatan Berdasarkan George C. Edwards III

Dimensi	Capacity Asset	Hambatan	Kebutuhan Penguatan
Komunikasi	Rapat, WhatsApp, telepon, SIMRS dan koordinasi aktif.	Informasi belum selalu terstandar, real time dan terdokumentasi.	Alur komunikasi formal, response time, feedback dan dokumentasi.
Sumber daya	Berbagai tenaga, sarana dan layanan telah tersedia.	Staffing buffer, kompetensi, alat, bed, jam penunjang dan pembiayaan belum merata.	Prioritas penguatan SDM, fasilitas dan dukungan operasional.
Disposisi	Komitmen dan adaptive capacity relatif kuat.	Sebagian pelayanan masih bergantung pada workaround dan individu.	Institusionalisasi praktik adaptif menjadi sistem organisasi.
Struktur birokrasi	Struktur organisasi, kredensial, SOP/CP dan perencanaan tersedia.	Fragmentasi lintas unit dan proses administratif layanan baru.	Harmonisasi tata kelola dan koordinasi lintas unit/lembaga.

Sumber: Hasil analisis peneliti, 2026.

Dimensi sumber daya merupakan hambatan yang paling konsisten muncul dalam triangulasi data. Namun, sumber daya tidak berdiri sendiri. Komunikasi menentukan kejelasan dan koordinasi penggunaan sumber daya; struktur birokrasi menentukan integrasi lintas unit dan proses formal; sedangkan disposisi pelaksana menjadi kekuatan melalui kemampuan adaptasi seperti redistribusi tenaga, pertukaran jadwal, peminjaman alat, pooling pemeriksaan, perluasan jadwal Radiologi, dan pemanfaatan jejaring rujukan.

Pemetaan Kebutuhan Capacity Building

Tabel 3. Pemetaan Capacity Building Berdasarkan Tingkat Kapasitas

Tingkat	Kesenjangan	Bentuk Penguatan	Hasil
Individu	Kompetensi neonatal-anak belum merata; pengalaman, sertifikasi dan kemampuan klinis berbeda.	Pelatihan, refresh, simulasi, supervisi, asesmen kompetensi, proctoring dan kredensial.	Kompetensi klinis sesuai kebutuhan pelayanan.
Organisasi	Staffing resilience, alat point-of-care, kemampuan pelayanan, kapasitas rawat, penunjang, standarisasi, mutu, data dan utilitas belum seluruhnya siap.	Staffing plan, matriks kompetensi, equipment plan, bed management, penguatan penunjang, standarisasi, quality improvement dan pengembangan bertahap.	Operational readiness.
Enabling environment	Dukungan SDM/anggaran eksternal, credentialing BPJS, jejaring pengampunan/rujukan, vendor dan distributor.	Koordinasi Pemda/Dinkes, BPJS, pengampunan, kerja sama rujukan dan vendor management.	Keberlanjutan kemampuan pelayanan.

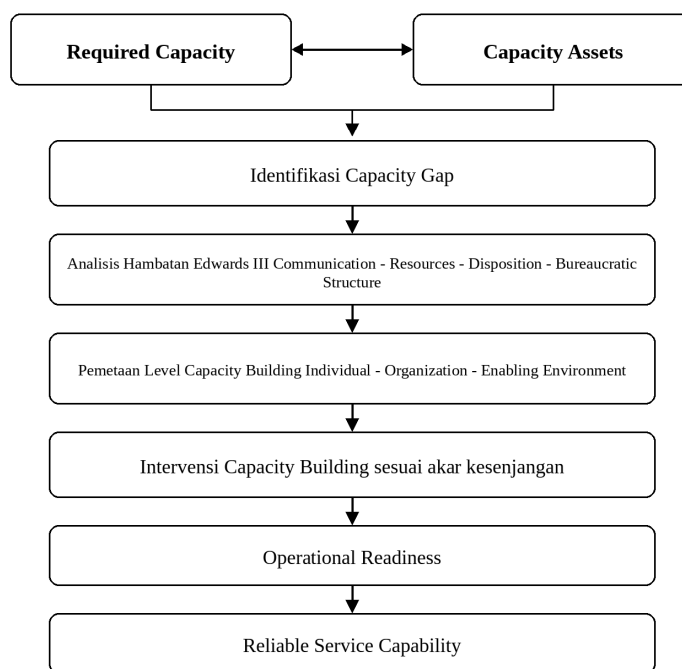
Sumber: Hasil sintesis penelitian, 2026.

Tema Analitik

Sintesis lintas-data menghasilkan beberapa tema analitik. Pertama, *availability* tidak selalu sama dengan *readiness*: tenaga, ruang atau alat dapat tersedia tetapi belum siap digunakan. Kedua, *scheduled capacity* tidak selalu sama dengan *actual availability*, karena kemampuan berubah menurut shift dan kondisi petugas. Ketiga, *individual competence* tidak otomatis

menjadi *team readiness*. Keempat, *physical bed* tidak selalu sama dengan *effective bed capacity* karena membutuhkan staffing dan kesesuaian klinis. Kelima, kualitas atau ketepatan waktu saat layanan tersedia tidak sama dengan ketersediaan layanan sepanjang waktu. Keenam, kesiapan bersifat *coupled capacity*, karena kegagalan satu komponen dapat membatasi keseluruhan alur. Ketujuh, rumah sakit menunjukkan *adaptive capacity*, tetapi sebagian solusi masih bersifat kompensatoris. Temuan tersebut mengarah pada *phased capacity development*, yaitu pengembangan layanan secara bertahap sesuai kesiapan seluruh sistem.

Model Konseptual-Operasional



Gambar 2. Model Konseptual-Operasional Capacity Building Pelayanan Kegawatdaruratan Neonatal dan Anak

Sumber: Hasil sintesis penelitian, 2026.

Pembahasan Penelitian

Temuan utama penelitian menunjukkan bahwa persoalan kapasitas di RSUD Bedas Cimaung bukan semata-mata ketiadaan sumber daya, melainkan kesenjangan antara sumber daya yang telah tersedia dengan kemampuan operasional yang konsisten. Temuan ini sejalan dengan pemikiran UNDP (2009) dan Potter dan Brough (2004) bahwa kapasitas pelayanan merupakan hasil interaksi kemampuan individu, organisasi, dan lingkungan pendukung. Dengan demikian,

penambahan satu komponen tidak otomatis memperbaiki kemampuan pelayanan apabila komponen yang saling bergantung belum siap.

Konsep *availability versus readiness* paling jelas terlihat pada NICU. Keberadaan ruang, sebagian alat, dan tenaga yang dipersiapkan merupakan modal struktural, tetapi belum menghasilkan layanan formal karena tata kelola, kewenangan, penunjang, pembiayaan, dan proses administratif belum seluruhnya terintegrasi. Temuan ini memperkuat gagasan bahwa *capacity building* harus dipahami sebagai proses penguatan sistem, bukan sekadar pemenuhan daftar sarana.

Pada aspek SDM, hasil penelitian memperlihatkan bahwa *headcount* dan jumlah sertifikat belum cukup menggambarkan kesiapan 24 jam. Pelayanan kegawatdaruratan membutuhkan *team competency coverage*, yaitu kompetensi kritis tersedia pada setiap shift. Hal ini konsisten dengan Hategeka et al. (2017b), yang menunjukkan bahwa keterampilan hasil pelatihan dapat sulit diterapkan ketika tenaga terbatas atau dukungan organisasi tidak memadai. Finn et al. (2021) juga menempatkan kapasitas individu sebagai kemampuan menerapkan pengetahuan dan keterampilan dalam konteks nyata, bukan sekadar kepemilikan pelatihan.

Kontinuitas pelayanan memperlihatkan sifat *coupled capacity*. Stabilisasi di IGD bergantung pada Laboratorium, Radiologi, Farmasi, dokter spesialis, tempat tidur, transportasi, dan rumah sakit penerima. Keterbatasan ruang rawat sebagai penyebab terbesar rujukan lepas menunjukkan bahwa kemampuan klinis awal belum selalu diikuti kemampuan menyelesaikan episode pelayanan. Temuan ini relevan dengan studi Nestelita et al. (2019) dan Nugroho et al. (2020), yang menempatkan koordinasi, SDM, alat, sistem informasi dan kapasitas fasilitas tujuan sebagai faktor penting dalam rujukan.

Perbedaan antara kualitas ketika layanan tersedia dan ketersediaan layanan juga penting. TAT Laboratorium dan WTPR Radiologi dapat memenuhi target pada banyak pemeriksaan, tetapi terdapat kesenjangan staffing dan jam pelayanan. Karena itu, indikator ketepatan waktu tidak dapat digunakan sendiri untuk menyimpulkan kesiapan 24 jam. Organisasi perlu memonitor dua hal sekaligus, yaitu mutu ketika layanan tersedia dan kontinuitas ketersediaan layanan.

Dalam perspektif Edwards III, dimensi sumber daya merupakan hambatan yang paling konsisten, tetapi komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi menentukan apakah sumber daya dapat digunakan secara terintegrasi. Disposisi pelaksana yang relatif kuat terlihat dari kemampuan beradaptasi saat terjadi keterbatasan. Namun, *adaptive capacity* perlu

diinstitusionalisasikan agar kontinuitas pelayanan tidak bergantung pada individu atau solusi sementara. Temuan ini sejalan dengan Allen et al. (2020) dan Li et al. (2018) yang menempatkan kesiapan organisasi, evaluasi, serta umpan balik sebagai elemen penting dalam perubahan pelayanan.

Model akhir penelitian menghubungkan identifikasi gap dengan akar hambatan dan level intervensi. Model tersebut menempatkan *operational readiness* sebagai tahap transformasi ketika sumber daya dapat berfungsi, diakses, terintegrasi, dan tersedia konsisten ketika dibutuhkan. Tahap berikutnya adalah *reliable service capability*, yaitu kemampuan pelayanan yang dapat dipertahankan secara aman dan berkelanjutan. Istilah tersebut merupakan sintesis empiris untuk menjelaskan proses transformasi kapasitas pada konteks RSUD Bedas Cimaung, bukan pengganti teori *capacity building*.

Keterkaitan dengan Permenkes Nomor 6 Tahun 2026 terletak pada kebutuhan menyelaraskan kemampuan pelayanan dengan kompetensi tenaga, sarana-prasarana, peralatan, dan sistem pendukung. Bagi rumah sakit kelas D yang sedang berkembang, penguatan kemampuan pengenalan kegawatan, resusitasi, stabilisasi, pemantauan, konsultasi, pemeriksaan penunjang emergensi, dan rujukan aman perlu menjadi fondasi. Pengembangan NICU dan pelayanan anak kritis dilakukan secara bertahap setelah kesiapan komponen pendukung dapat dipastikan sebagai satu paket kapasitas.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. RSUD Bedas Cimaung telah memiliki berbagai *capacity assets*, tetapi belum seluruhnya menjadi *operational readiness* yang konsisten. Kebutuhan penguatan terutama berada pada distribusi dan kontinuitas SDM, pemerataan kompetensi, kesiapan alat di titik pelayanan, kapasitas rawat, kontinuitas pelayanan penunjang, serta pengembangan pelayanan intensif neonatal dan anak.
2. Hambatan *capacity building* bersifat multidimensional. Dalam perspektif Edwards III, dimensi sumber daya merupakan hambatan yang paling konsisten ditemukan; komunikasi dan struktur birokrasi memengaruhi integrasi kapasitas, sedangkan disposisi dan kemampuan adaptasi pelaksana menjadi faktor pendukung.
3. Model *capacity building* perlu dilaksanakan secara terintegrasi pada tingkat individu, organisasi, dan *enabling environment*. Proses dimulai dari perbandingan *required*

capacity dan *capacity assets*, identifikasi *capacity gap*, analisis hambatan, pemetaan level, serta penentuan intervensi sesuai akar kesenjangan untuk meningkatkan *operational readiness* dan *reliable service capability*.

Saran

1. RSUD Bedas Cimaung perlu menyusun peta jalan *capacity building* secara bertahap dengan prioritas pada pemerataan kompetensi, *staffing resilience*, kesiapan alat di titik pelayanan, kontinuitas Laboratorium dan Radiologi, *bed management*, standarisasi SPO/Clinical Pathway, serta penguatan rujukan. Pengembangan NICU dilakukan setelah kesiapan SDM, alat, penunjang, tata kelola, mutu, pembiayaan, dan aspek administratif terpenuhi sebagai satu sistem.
2. Dinas Kesehatan dan Pemerintah Kabupaten Bandung perlu mendukung pemenuhan SDM, pengembangan kompetensi, sarana-prasarana, pembiayaan, sistem pengampuan, dan jejaring rujukan sesuai kebutuhan serta kemampuan RSUD Bedas Cimaung.
3. Penelitian selanjutnya dapat menguji model pada rumah sakit dengan karakteristik serupa dan mengembangkan instrumen pengukuran *operational readiness* pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, P., Pilar, M., Walsh-Bailey, C., Hooley, C., Mazzucca, S., Lewis, C. C., et al. (2020). Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: A systematic review. *Implementation Science*, 15, Article 47. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>.
- Bahreini, R., Gholizadeh, M., Gedik, F. G., Yousefi, M., & Janati, A. (2021). Components of contributing conditions to strengthen health system management and leadership capacity building: A systematic review and decision making framework. *Leadership in Health Services*, 34(4), 527–545. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0006>.
- Bergeron, K., Abdi, S., DeCorby, K., Mensah, G., Rempel, B., & Manson, H. (2017). Theories, models and frameworks used in capacity building interventions relevant to public health: A systematic review. *BMC Public Health*, 17, Article 914. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4919-y>.
- Daft, R. L. (2022). *Management* (14th ed.). Cengage Learning.
- DeCorby-Watson, K., Mensah, G., Bergeron, K., Abdi, S., Rempel, B., & Manson, H. (2018). Effectiveness of capacity building interventions relevant to public health practice: A systematic review. *BMC Public Health*, 18, Article 684. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5591-6>.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. (2025a). *Profil Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2024*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. (2025b). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2025–2029*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. (2025c). *Renja Perubahan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Tahun 2025 dan Prakiraan Maju Tahun 2026*. Pemerintah Kabupaten Bandung.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2025). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2024*. Pemerintah Provinsi Jawa Barat.
- Edwards, G. C. III. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press, Washington, D.C. Open Library
- Finn, M., Gilmore, B., Sheaf, G., & Vallières, F. (2021). What do we mean by individual capacity strengthening for primary health care in low- and middle-income countries? A systematic scoping review to improve conceptual clarity. *Human Resources for Health*, 19, Article 5. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00547-y>.
- Handayani, D., & Achadi, A. (2018). Analisis implementasi program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas mampu PONED Kota Depok Tahun 2017. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 7(2), 57–63. <https://doi.org/10.22146/jkki.36405>. Jurnal Universitas Gadjah Mada
- Hategeka, C., Shovelier, J., Tuyisenge, L., Kenyon, C., Cechetto, D. F., & Lynd, L. D. (2017a). Pediatric emergency care capacity in a low-resource setting: An assessment of district hospitals in Rwanda. *PLOS ONE*, 12(3), e0173233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173233>.
- Hategeka, C., Mwai, L., & Tuyisenge, L. (2017b). Implementing the Emergency Triage, Assessment and Treatment plus admission care (ETAT+) clinical practice guidelines to improve quality of hospital care in Rwandan district hospitals: Healthcare workers' perspectives on relevance and challenges. *BMC Health Services Research*, 17, Article 256. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2193-4>.
- Havers, S. M., Martin, E., Wilson, A., & Hall, L. (2019). Implementation of government-directed policy in the hospital setting: A modified Delphi study. *Health Research Policy and Systems*, 17, Article 91. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0500-8>.
- Hibbert, P. D., Basedow, M., Braithwaite, J., Wiles, L. K., Clay-Williams, R., & Padbury, R. (2021). How to sustainably build capacity in quality improvement within a healthcare organisation: A deep-dive, focused qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 21, Article 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06598-8>.
- Irma, I., & Gustina, E. (2018). Evaluation of implementation of comprehensive emergency neonatal obstetrics services program (PONEK). *International Journal of Healthcare Research*, 1(1), 28–36. <https://doi.org/10.12928/ijhr.v1i1.220>. Journal UAD
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2025 tentang Penegakan Disiplin Profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025c). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/560/2025 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit*. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 382.
- Li, S.-A., Jeffs, L., Barwick, M., & Stevens, B. (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: A systematic integrative review. *Systematic Reviews*, 7, Article 72. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications, Newbury Park, CA. WorldCat
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications, Thousand Oaks, CA. ERIC

- Morgan, P. (2006). *The concept of capacity*. European Centre for Development Policy Management.
- Muttalib, F., González-Dambras, S., Lee, J. H., Steere, M., Agulnik, A., Murthy, S., & Adhikari, N. K. J. (2021). Pediatric emergency and critical care resources and infrastructure in resource-limited settings: A multicountry survey. *Critical Care Medicine*, 49(4), 671–681. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004769>. PubMed
- Negero, M. G., Sibbritt, D., & Dawson, A. (2021). How can human resources for health interventions contribute to sexual, reproductive, maternal, and newborn healthcare quality across the continuum in low- and lower-middle-income countries? A systematic review. *Human Resources for Health*, 19, Article 54. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00601-3>.
- Nestelita, D., Suryoputro, A., & Kusumastuti, W. (2019). Proses sistem rujukan dalam pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(4), 159–163. UNDIP Publisher
- Nugroho, P. W., Trisnantoro, L., & Sulisty, D. H. (2020). Evaluasi program rujukan terencana maternal risiko tinggi serta pemanfaatan RTK di Kabupaten Boyolali. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9(1). <https://doi.org/10.22146/jkki.47978>. Jurnal Universitas Gadjah Mada
- Nurjannah, S. (2018). Sumber daya dalam manajemen asfiksia pada rumah sakit penyelenggara Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif di Kabupaten Demak. *Jurnal Kebidanan*, 7(2), 161–165. <https://doi.org/10.26714/jk.7.2.2018.161-165>.
- Pemerintah Kabupaten Bandung. (2025). *Peraturan Bupati Bandung Nomor 57 Tahun 2025 tentang Kedudukan dan Susunan Perangkat Daerah*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Potter, C., & Brough, R. (2004). Systemic capacity building: A hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, 19(5), 336–345. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh038>.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105.
- Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2021). *Management* (15th ed.). Pearson, Harlow. Pearson
- Rogers, L., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2020). Defining and assessing context in healthcare implementation studies: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20, Article 591. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05212-7>.
- Rosha, R., Machmud, R., & Desmiwati. (2019). Evaluasi pelaksanaan PONEK di RSUD dr. Rasidin Padang pasca pelatihan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 642–649. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i3.1053>.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2023). *Profil RSUD Bedas Cimaung Tahun 2023*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2024a). *Laporan Evaluasi Instalasi Rekam Medis Tahun 2024*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2024b). *Rekap Pelayanan Anak Januari–Desember 2024* [Data internal tidak dipublikasikan].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2025a). *Laporan Evaluasi Instalasi Rekam Medis Tahun 2025*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2025b). *Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat* [Dokumen internal].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2025c). *Rencana Strategis RSUD Bedas Cimaung Tahun 2025–2029*. Pemerintah Kabupaten Bandung.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026a). *Data Pegawai Sesuai Profesi dan Rencana Kebutuhan RSUD Bedas Cimaung, Februari 2026* [Data internal tidak dipublikasikan].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026b). *Peta Jabatan RSUD Bedas Cimaung untuk Perencanaan Kebutuhan ASN Tahun 2026* [Dokumen internal tidak dipublikasikan].

- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026c). *Keputusan Direktur RSUD Bedas Cimaung Nomor 04/KEP-DIR/RSBC/I/2026 tentang Tim Pelayanan*.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026d). *Keputusan Direktur RSUD Bedas Cimaung Nomor 51/KEP-DIR/RSBC/II/2026 tentang Komite Medik*.
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026e). *Kartu Inventaris Ruangan NICU Tahun 2026* [Dokumen internal tidak dipublikasikan].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026f). *Kartu Inventaris Ruangan Perinatologi Tahun 2026* [Dokumen internal tidak dipublikasikan].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026g). *Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD Bedas Cimaung Tahun 2026* [Dokumen internal].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026h). *Kajian Pengembangan Kompetensi RSUD Bedas Cimaung Tahun 2026* [Dokumen internal].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026i). *Kajian Kebutuhan Sarana-Prasarana dan Alat Kesehatan RSUD Bedas Cimaung Tahun 2026* [Dokumen internal].
- Rumah Sakit Umum Daerah Bedas Cimaung. (2026j). *Rekap Pelayanan Anak Januari–Juni 2026* [Data internal tidak dipublikasikan].
- Simbolon, D., Chalidyanto, D., & Ernawati. (2013). Determinan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak di rumah sakit pemerintah Indonesia: Analisis data Rifaskes 2011. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(4), 202–214.
- United Nations Development Programme. (2009). *Supporting capacity development: The UNDP approach*. United Nations Development Programme.
- Windle, A., Javanparast, S., Freeman, T., & Baum, F. (2021). Assessing organisational capacity for evidence-informed health policy and planning: An adaptation of the ORACLE tool for Australian primary health care organizations. *Health Research Policy and Systems*, 19, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00682-5>.
- World Health Organization. (2010). *The world health report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016a). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016b). *Updated guideline: Paediatric emergency triage, assessment and treatment—Care of critically ill children*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities*. World Health Organization.
- World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Newborn mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality> [Diakses 7 Oktober 2026]. Organisasi Kesehatan Dunia
- World Health Organization. (2026). *Child mortality (under 5 years)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-mortality-under-5-years> [Diakses 7 Oktober 2026].