



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EFEKTIFITAS BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DI  
KABUPATEN BINTAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU  
TAHUN 2011 DAN TAHUN 2012**

**TESIS**

**FAISAL HUSNI  
NPM. 1006799022**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EFEKTIFITAS BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DI  
KABUPATEN BINTAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU  
TAHUN 2011 DAN TAHUN 2012**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**FAISAL HUSNI  
NPM. 1006799022**

**PASCA SARJANA KESEHATAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI, 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : FAISAL HUSNI**

**NPM : 1006799022**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 13 Juli 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Faisal Husni  
NPM : 1006799022  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di  
Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun  
2011/2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH. (.....)

Penguji I : Prof. Purnawan Junadi, MPH, PhD. (.....)

Penguji II : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. (.....)

Penguji III : Dr. Budi Hartono, SE, MARS. (.....)

Penguji IV : drg. Sri Angraini, MKM. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Faisal Husni  
NPM : 1006799022  
Mahasiswa Program : Magister Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2012-2013

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 Dan Tahun 2012**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012

Faisal Husni



Handwritten signature of Faisal Husni.

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Faisal Husni  
Tempat/ Tanggal Lahir : Deli Serdang, 5 Pebruari 1981  
Agama : Islam  
Alamat : Jln. Arif Rahman Hakim No 5 RT/RW 04/03  
Perumnas Sei Jang, Tanjungpinang, Kepri  
Telepon : 0813 1581 4122/ 0878 8324 9365  
Email : faisalhsn81@gmail.com  
Peminatan : Manajemen Pelayanan Kesehatan  
Status : Belum Nikah

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SDN Sosa IV, Padang Sidempuan, Provinsi Sumatera Utara 1988-1994
2. SLTP TRIBHAKI Sosa IV, Padang Sidempuan, Sumut 1994-1997
3. SPK Depkes Pekanbaru, Provinsi Riau 1997-2000
4. DIII Keperawatan, Poltekkes Tanjungpinang, Provinsi Riau 2000-2003
5. Sarjana Kesehatan Masyarakat, FKM UI Depok 2007-2010
6. Magister Kesehatan Masyarakat, FKM UI Depok 2010-2012

### **Riwayat Pekerjaan :**

1. Calon Pegawai Negeri Sipil Kabupaten Bintan 2005-2006
2. Pegawai Negeri Sipil Kabupaten Bintan 2006-Sekarang
3. Mahasiswa Tugas Belajar di FKM UI Depok 2007-2010
4. Mahasiswa Tugas Belajar di FKM UI Depok 2010-2012

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis persembahkan kehadiran Allah S.W.T yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “*Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 - 2012*” sesuai jadwal yang direncanakan.

Penulisan Tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Di dalam penulisan tesis ini, penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini.

Atas dukungan dan bantuan yang diberikan dari berbagai pihak dalam penulisan tesis, penulis memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan izinkanlah juga dalam kesempatan ini, penulis menghaturkan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH. Selaku Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan ditengah kesibukannya.
2. Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD. Selaku pembimbing dua yang telah banyak memberikan masukan dan kritikan dalam penulisan tesis ini
3. Ibu Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. selaku penguji dari dalam yang telah meluangkan waktunya guna memberikan saran dan kritik di dalam tesis ini.
4. Bapak Dr. Budi Hartono, SE, MARS. Selaku penguji dari luar yang berkenan hadir ditengah kesibukannya guna memberikan masukan dalam tesis ini.
5. Ibu drg. Sri Anggraini, MKM. Selaku penguji dari Sudin Kesehatan Jakarta Selatan yang berkenan hadir ditengah kesibukan.
6. Bapak Pudji Basuki, SKM beserta staf. Selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan yang telah memberikan izin dalam pengumpulan data.

7. Bapak Erwan Zonry, SKM. Selaku Kabid Pelayanan Kesehatan Kabupaten Bintan dan pembimbing sewaktu pengumpulan data
8. Kedua orang tua tercinta beserta adik-adik tersayang yang selalu memberikan, nasehat, do'a dan dukungan yang tiada henti-henti demi keberhasilan Ananda.
9. Bapak Drs. H. Arifin MM beserta keluarga, yang telah memberikan kasih sayang tanpa lelah selama Ananda menempuh pendidikan.
10. Bapak Feri Syurakhman beserta keluarga yang telah mendo'akan dan memberikan perhatian terhadap keberhasilan penulis dalam pendidikan
11. Teman teman Pasca Sarjana Angkatan 2010 seangkatan dan seperjuangan yang telah sama-sama berjuang untuk meraih gelar MKM, khususnya kepada Putri Rahmawati, Verlina Kawangung, Salamah Tomasitoh (Bude), Melfayeti Arif, Hadiyanto Usman, Andi Sukriatna, Tariswan dan lain-lain yang senantiasa memberikan motivasi untuk segera menyelesaikan pendidikan.
12. Seluruh Akademisi FKM-UI yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terutama pada staf Departemen AKK (Mas Pri, Mbak Nefi dan Bu Dian), terima kasih dukungan dan kerjasamanya
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan, terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala semangat, dukungannya baik secara moral maupun material.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan program kesehatan di masa yang akan datang.

Depok, 13 Juli 2012

Penulis.

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

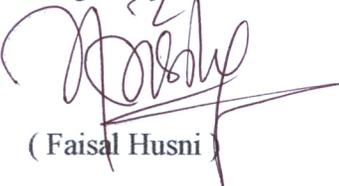
Nama : Faisal Husni  
NPM : 1006799022  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : ***Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011/2012*** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 13 Juli 2012

Yang menyatakan



( Faisal Husni )

## ABSTRAK

Nama : Faisal Husni  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten  
Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 dan Tahun  
2012

Masih tingginya Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bintan dan rendahnya anggaran kesehatan masyarakat di daerah menyebabkan Puskesmas belum maksimal dalam menjalankan fungsi strategisnya. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain studi kasus yang bertujuan untuk melihat efektifitas BOK dalam percepatan MDGs di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau tahun 2011 dan Tahun 2012. Hasil penelitian diketahui bahwa Bantuan Operasional Kesehatan belum efektif dalam mendukung percepatan MDGs. Hal ini disebabkan karena pegawai masih berorientasi pada uang lumpsum, peruntukkan kegiatan lebih besar diluar program tujuan MDGs dan menurunnya anggaran kesehatan dari APBD setelah ada BOK. Saran: agar Dinas Kesehatan melakukan advokasi kepada *legislatif* dan *executive* untuk mempertahankan dan meningkatkan anggaran kesehatan, melaksanakan pengawasan dan evaluasi terhadap kinerja program yang dibiayai BOK dan meningkatkan pembinaan ke lapangan untuk memaksimalkan pencapaian MDGs 2015.

Kata kunci: Efektifitas, Bantuan Operasional Kesehatan, Upaya promotif dan preventif.

## ABSTRACT

Name : Faisal Husni  
Study Program : Public Health Sciences  
Title : Aid Effectiveness Operational Health District  
Bintan Riau Islands Province in 2011 and Year 2012

The persistently high maternal mortality rate in the District of Bintan and low areas of public health budget led health centers have not been up in running the strategic function. The study was a qualitative research design with case studies that aim to see the effectiveness of the BOK in the acceleration of MDGs in Bintan regency in Riau Islands Province 2011 and Year 2012. Survey results revealed that the Operational Health Support not been effective in supporting the acceleration of the MDGs. This is because employees are oriented journey's expences, greater activity outside the designated program goals MDGs and declining health budgets from existing budgets After BOK. Advice: Health Department to advocate for legislative and executive to maintain and improve the health budget, supervise and evaluate the performance of programs financed by BOK and improve guidance to the field to maximize the achievement of the MDGs by 2015.

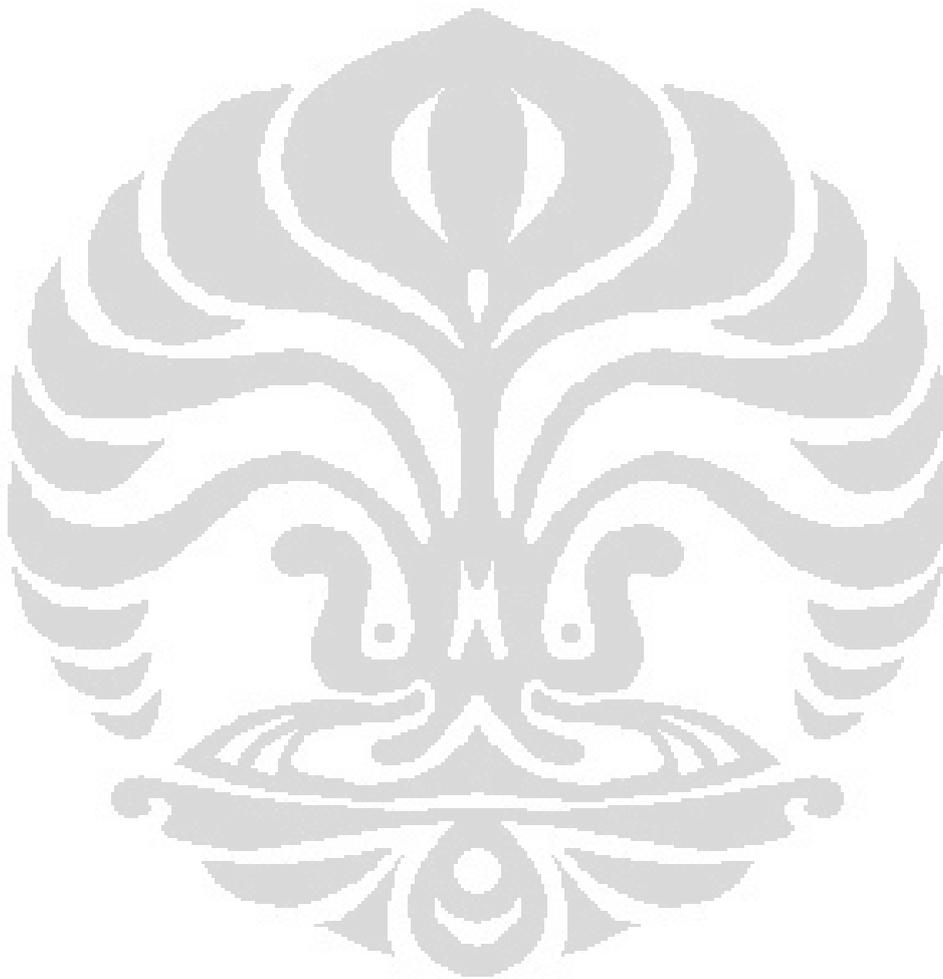
Key words: Effectiveness, Operational Assistance Health, promotive and Preventive effort.

## DAFTAR ISI

HALAMAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
SURAT PERNYATAAN .....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	viii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR DIAGRAM .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	9
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	10
1.4 Tujuan penelitian .....	10
1.5 Manfaat Penelitian .....	10
1.6 Ruang Lingkup penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) .....	12
2.2 Puskesmas .....	19
2.3 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	25
2.4 Manajemen .....	26
2.5 Pengawasan .....	27
2.6 Variabel-variabel Penelitian .....	28
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
3.1 Kerangka Teori .....	34

3.2 Kerangka Fikir .....	34
3.3 Definisi Istilah .....	36
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Jenis Penelitian .....	38
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
4.4 Populasi dan Sampel .....	39
4.5 Informan Penelitian .....	39
4.6 Pengumpulan Data .....	40
4.7 Manajemen Data dan Analisis data .....	41
<b>BAB V GAMBARAN UMUM</b>	
5.1 Wilayah Penelitian .....	42
5.2 Situasi Kesehatan sebelum BOK .....	44
5.2.1 Derajat Kesehatan .....	44
5.2.2 Status Gizi .....	47
5.2.3 Pelayanan Kesehatan .....	48
5.2.4 Sumberdaya Kesehatan .....	50
<b>BAB VI HASIL</b>	
6.1 Kerangka Penyajian .....	51
6.2 Pelaksanaan Penelitian .....	51
6.3 Karakteristik Informan .....	51
6.4 Hasil Penelitian .....	52
6.4.1 Bantuan Operasional Kesehatan .....	52
6.4.2 Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan .....	54
6.4.3 Sumberdaya Manusia .....	55
6.4.3 Keadaan geografis .....	57
6.4.4 Bantuan Operasional Kesehatan .....	59
<b>BAB VII PEMBAHASAN</b>	
7.1 Keterbatasan Penelitian .....	64
7.2.1 Efektifitas BOK .....	64
7.2.2 Sumberdaya Manusia .....	70
7.2.3 Keadaan Geografis .....	71
7.2.4 Bantuan Operasional Kesehatan .....	72

BAB VIII PENUTUP	
8.1 Kesimpulan .....	76
8.2 Saran .....	77
DAFTAR PUSTAKA .....	78
LAMPIRAN .....	82



## DAFTAR TABEL

Tabel 6.1 Karakteristik Informan .....	52
Tabel 6.2 Distribusi Pengelola BOK Berdasarkan Kelompok Kerja di Kabupaten Bintan Tahun 2012 .....	55
Tabel 6.3 Rekapitulasi Pengajuan POA dan Pengiriman Laporan Keuangan di Kabupaten Bintan .....	56
Tabel 6.4 Jarak Antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2011 .....	58



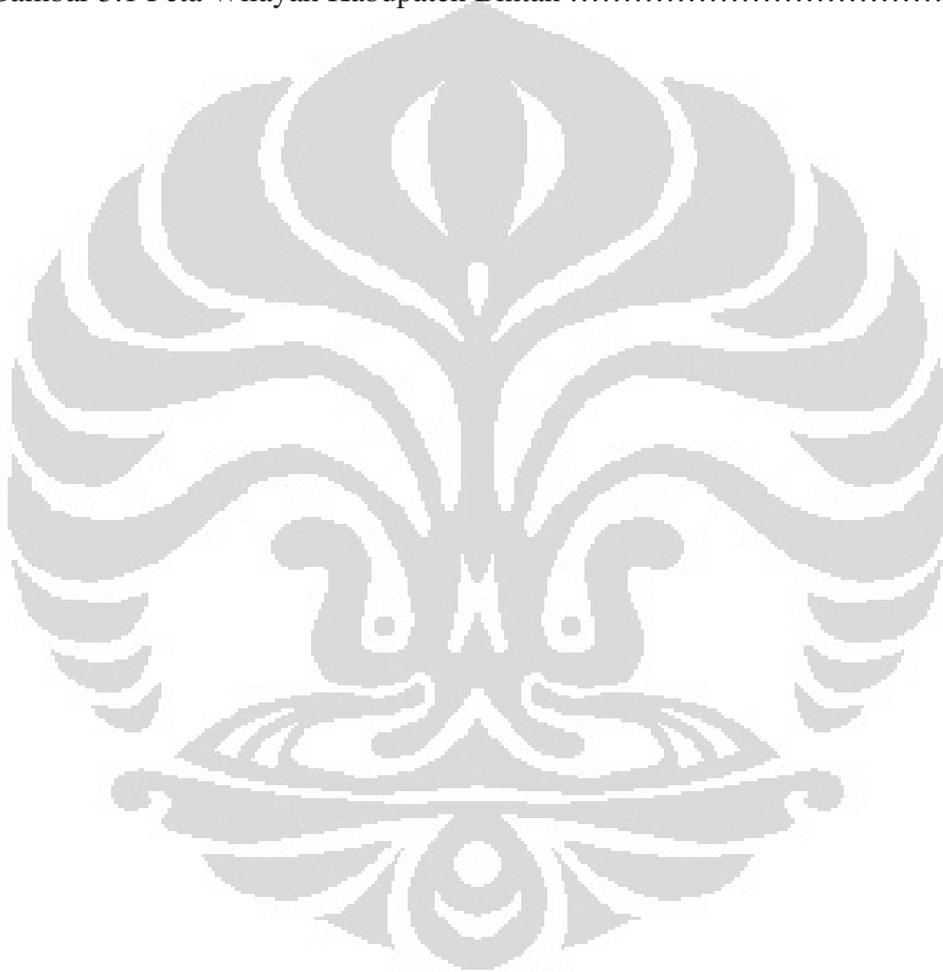
## DAFTAR DIAGRAM

Diagram 6.1 Alokasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 .....	53
Diagram 6.2 Realisasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 .....	53
Diagram 7.1 Alokasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 .....	66
Diagram 7.2 Realisasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 .....	68
Tabel 7.1 Rekapitulasi Rerata Cakupan Upaya Kesehatan di Kabupaten Tahun 2009 dan Tahun 2011 .....	88



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Fikir .....	33
Gambar 5.1 Peta Wilayah Kabupaten Bintan .....	42



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Bantuan Operasional Kesehatan adalah bantuan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan untuk pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) Bidang Kesehatan tahun 2015 melalui peningkatan kerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif (Kemenkes, 2012).

Kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut memberikan kesempatan kepada Puskesmas untuk lebih mengembangkan fungsi pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan dengan memberikan perhatian lebih terhadap pemantauan wilayah setempat (PWS) yang berupa kegiatan promotif dan preventif yang selama ini dikesampingkan. Peningkatan kegiatan promotif dan preventif sebagai bentuk dukungan terhadap pencapaian tujuan pembangunan kesehatan MDG's. Tujuan MDG's menitikkan beratkan pada manusia sebagai *focus* utama pembangunan yang mencakup semua komponen kegiatan yang tujuan akhirnya untuk kesejahteraan masyarakat (Alisjahbana, 2010).

Kebijakan ini dilakukan untuk menjawab isu-isu yang dihadapi dalam pencapaian sasaran-sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia, beberapa diantaranya adalah:

1. Pendelegasian wewenang Pemerintah kepada Pemerintah Daerah dalam hal ini *desentralisasi*.

Menurut Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004, Desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh Pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Hal ini akan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan kesehatan, dimana daerah diberi wewenang dalam merencanakan melaksanakan pembangunan kesehatan dibidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan, situasi dan kondisi masing-masing daerah yang

bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan pelayanan kesehatan serta meningkatkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Konsekuensi pelaksanaan otonomi daerah mengakibatkan munculnya *policymaker* baru yang berperan dalam penetapan alokasi dana kesehatan sehingga proses semakin pendek, karena pengambilan keputusan dilakukan di dekat sumber masalahnya, yaitu di tingkat Kabupaten/Kota.

Kewenangan politik luar negeri, pertahanan, keamanan, moneter, justisi dan agama sepenuhnya dipegang oleh pemerintah pusat. Sedangkan fungsi pemerintah lainnya yang bisa dikerjakan secara bersama-sama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah (*concurrent*) atau dilimpahkan kepada Gubernur (sebagai wakil atau perpanjangan tangan pemerintah pusat di provinsi) atau ditugaskan kepada Bupati/ Walikota (sebagai pejabat politik yang dipilih langsung oleh rakyat setempat).

## 2. Rendahnya anggaran kesehatan untuk program kesehatan masyarakat di daerah

Keadaan keterbatasan biaya operasional program kesehatan, sebenarnya sudah disinyalir sejak lama yang diduga sebagai salah satu penyebab Puskesmas belum menjalankan fungsi strategisnya secara maksimal.

Menurut data DHA tahun 2008-2010 menunjukkan bahwa program-program kesehatan masyarakat mendapat alokasi dana yang sangat kecil. Anggaran kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota sebagian besar terpakai untuk pembayaran gaji dan belanja fisik (30-50%) dan upaya kuratif (30-40%) sedangkan untuk program kesehatan dasar hanya sedikit (5-12%). Jika persentase tersebut dibagi ke dalam program kesehatan yang begitu banyak, maka masing-masing program akan mendapatkan dana yang sangat kecil, rata-rata dibawah 1% dan dikenal dengan istilah program 0% (Kemenkes, 2011). Kinerja Puskesmas dapat ditingkatkan jika pemerintah pusat dan pemerintah daerah melakukan investasi untuk pengembangan pelayanan kesehatan dasar melalui Puskesmas termasuk peningkatan mutu layanan (Muninjaya, 2004).

### 3. *Off track* Pencapaian MDGs tahun 2015

Kesepakatan global para Kepala Negara dan perwakilan dari 189 pada September 2000 dalam sidang Persatuan Bangsa-bangsa di New York menegaskan kepedulian utama masyarakat dunia untuk bersinergi dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) pada tahun 2015 yang tersusun dalam 8 tujuan strategis.

Dari semua pencapaian target MDG's 2015 di Indonesia, ada beberapa target pembangunan kesehatan yang *off track* terutama yang berkaitan dengan kematian ibu, diantaranya: cakupan kunjungan ibu hamil (K4) 60% (target 95%, SPM), cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 15,30% (target 80%, SPM), cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan 82,20% (target 90%, SPM), cakupan pelayanan nifas 69,90% (target 90%, SPM), cakupan peserta KB Aktif 55,80% (target 70%, SPM) (Risksdas, 2010).

Target pencapaian MDG's untuk Angka Kematian Maternal pada 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 KH, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Upaya menurunkan angka kematian ibu diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan penyebaran komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat (Bappenas, 2010) yang kesemuanya terkait dengan kehamilan, persalinan dan nifas (Kemenkes, 2010). Program-program yang dicanangkan merupakan upaya pemerataan akses dan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif atau pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

Pada tahun 2009 dan 2010 jumlah kematian ibu di Kabupaten Bintan sebanyak 3 orang kemudian meningkat menjadi 6 orang di tahun 2011. Penyebab peningkatan kematian ibu disebabkan oleh Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) 1 orang, perdarahan postpartum sebanyak 2 orang dan eklamsi berat sebanyak 3 orang. Tentu saja jumlah ini sangat mengkhawatirkan bila tidak ditangani dengan cepat akan mempengaruhi

derajat kesehatan di Kabupaten Bintan. (Profil Kesehatan Bintan Tahun 2009, 2010 dan 2011.

#### 4. Tingginya pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat

Data SUSENAS (1998) bahwa sekitar 40% penduduk yang menggunakan pelayanan kesehatan Pemerintah, 23% diantaranya memanfaatkan Puskesmas, sisanya memanfaatkan Rumah Sakit Pemerintah (5,4%), Pustu (8,4%), Klinik (2,7%) dan Polindes (2,1%). Data lain dari SKRT (2004), menyebutkan bahwa 94% penduduk 15 tahun keatas yang mendapatkan pelayanan rawat jalan fasilitas yang diminati adalah Puskesmas (36%), praktek tenaga kesehatan (24%) dan praktek dokter (23%). Namun menurut Azrul (2000) baru 20% penduduk yang tersentuh pelayanan kesehatan, itupun pelayanan kesehatan bersifat kuratif dan rehabilitatif sementara untuk pelayanan promotif dan preventif belum menyentuh penduduk.

Menurut teori HL Blum (1981) dalam Muninjaya (2004) seharusnya pusat perhatian untuk meningkatkan status kesehatan penduduk lebih ditekankan pada perubahan perilaku (40%) dan lingkungan yang memiliki kontribusi sebesar (30%), genetik (20%) sedangkan pelayanan kesehatan memiliki kontribusi terkecil (10%).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan hasil interaksi antara pengguna jasa pelayanan (*konsumen*) dan penyelenggara jasa pelayanan (*provider*). Menurut Green at. all (1980) bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu: (1) Faktor *predisposisi* meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keyakinan nilai, (2) Faktor pendukung terdiri dari lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya: fasilitas pelayanan kesehatan, biaya, jarak, kemudahan transportasi, jam buka, keterampilan petugas dan lain-lain dan (3) Faktor penguat misalnya sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam penampilannya sehari-hari yaitu rapi, bersih, sabar dan ramah serta bekerja dengan hasil kualitas yang baik.

Sedangkan Azwar (2010) dalam Hastuti (2012) mengatakan pemanfaatan seseorang terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat

pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi orang tersebut. Bila tingkat pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi baik maka secara *relative* pemanfaatan pelayanan kesehatan akan tinggi.

Menurut UUD 1945 Pasal 28 H Ayat 1, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan investasi untuk keberhasilan pembangunan Bangsa. Untuk itu perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh agar terwujud masyarakat yang sehat, mandiri dan berkeadilan. Dalam pasal 34 disebutkan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak, salah satunya diwujudkan dengan pembangunan puskesmas dan jaringannya.

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat serta merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan, termasuk pencapaian MDG's yang dituangkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Nasional yaitu Penurunan angka kematian ibu dan anak, Peningkatan gizi, Pemberantasan dan pengendalian penyakit *pandemic* (Tbc, Malaria, HIV/AIDS), Perbaikan kesehatan lingkungan serta Pemberdayaan masyarakat (Kemenkes, 2011).

Untuk keberhasilan program/ kegiatan organisasi diperlukan pemanfaatan potensi berbagai sumberdaya yang dimiliki, diantaranya yaitu sumber daya manusia, sarana dan prasarana dan dana operasional. Ketiga sumberdaya tersebut saling mendukung dan melengkapi dalam pencapaian tujuan, bila salah satu mengalami keterbatasan maka akan mempengaruhi peran dan fungsi organisasi.

Kinerja organisasi merupakan sesuatu yang dihasilkan oleh organisasi dalam periode tertentu dengan mengacu pada standar yang ditetapkan. Kinerja organisasi hendaknya merupakan hasil yang dapat diukur dan menggambarkan kondisi empirik suatu organisasi dari berbagai ukuran yang disepakati. Mink (1993) mengemukakan pendapatnya bahwa individu yang memiliki kinerja yang tinggi memiliki beberapa karakteristik, yaitu diantaranya: (a) Berorientasi pada prestasi, (b) Memiliki percaya diri, (c) Berpengendalian diri, dan (d) Kompetensi.

Menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 terdapat 8.967 Puskesmas dengan 22.273 Pustu serta 32.887 Poskesdes dan 266.827 Posyandu di Tanah Air Tercinta. Namun demikian masih banyak permasalahan yang dihadapi

oleh Puskesmas dan jaringannya dalam upaya meningkatkan status kesehatan di wilayah kerjanya. Permasalahan tersebut antara lain adalah keterbatasan dana operasional untuk upaya kesehatan. Bila keadaan ini terus berlanjut dikhawatirkan akan berdampak pada penurunan derajat kesehatan masyarakat.

Untuk mempercepat pencapaian sasaran-sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia, Kementerian Kesehatan melakukan terobosan melalui berbagai upaya inovatif yang dilaksanakan secara berkesinambungan selain Jamkesmas dan Jampersal yaitu BOK. Dana BOK diharapkan dapat berkontribusi meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat, utamanya melalui kegiatan promotif dan preventif, sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan dengan fokus pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, (Kemenkes, 2011) dengan begitu Puskesmas akan berusaha optimal dalam melaksanakan peran dan fungsinya.

Menurut persepsi staf Puskesmas, secara umum BOK memberikan manfaat pada Puskesmas, baik dari segi pelayanan dilapangan, pemberdayaan masyarakat, manajemen Puskesmas dan pemeliharaan di Puskesmas. Manfaat tersebut terlihat pada: intensitas dan kinerja upaya kesehatan (21,9%), pembinaan Posyandu dan Poskesdes (20,7%), penyusunan POA tahunan (18,36%), penyusunan POA bulanan (18,75%), pemeliharaan sarana Puskesmas (18,55%) (Kemenkes, 2011).

Program unggulan BOK sudah berjalan 2 (dua) tahun dan sekarang memasuki tahun ke 3 (tiga), terdapat perbaikan-perbaikan dalam Juknis guna penyempurnaan pelaksanaan BOK. Pada tahun 2010 penyaluran BOK langsung ke Puskesmas melalui mekanisme Bantuan Sosial (Bansos) dan tahun 2011 penyaluran BOK diberikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota melalui mekanisme Tugas Pembantuan (TP). Sedangkan untuk tahun 2012 penyaluran BOK juga menggunakan mekanisme Tugas Pembantuan (TP) (Kemenkes, 2011).

Dari tahun ke tahun dana BOK mengalami peningkatan, baik dari segi jumlah maupun peruntukannya. Pada tahun 2010 dana BOK dialokasikan 216 Miliar. Pada tahun 2011 meningkat menjadi 932 Miliar dan untuk tahun 2012 ditingkatkan lagi menjadi 1,065 Triliun. Di tahun 2012, BOK tidak terfokus pada enam (6) kegiatan upaya pelayanan kesehatan tetapi dikembangkan pada kegiatan

lain sesuai dengan kondisi dan masalah yang dihadapi, seperti Kesehatan Lansia, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Remaja dan UKS (Kemenkes, 2012).

Kabupaten Bintan merupakan Kabupaten tertua di Provinsi Kepulauan Riau dengan kapasitas *fiscal* yang sangat tinggi (Kemenkeu, 2010) dan berdasarkan IPKM Kabupaten Bintan termasuk IPKM sedang (Balitbangkes, FKM UI, 2010), tentunya saja keadaan ini menjadi point penting dalam pembiayaan dan pembangunan kesehatan di Kabupaten Bintan.

Data Riskesdas (2007) Provinsi Kepulauan Riau jarak yang paling jauh (> 5 Km) menuju sarana pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Bidan dan Dokter Praktek) adalah Kabupaten Karimun (10,1%) kemudian Kabupaten Bintan (8,9%). Sementara untuk jarak terjauh untuk menuju UKBM adalah Kabupaten Bintan (5,5%). Dari sebagian kecil rumah tangga yang memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes dan beberapa diantaranya memanfaatkan Polindes/ Bidan Desa. *Persentase* rumah tangga yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dan Polindes terendah adalah Kota Batam dan tertinggi Kabupaten Bintan. (Riskesdas, 2007).

Geografis Kabupaten Bintan terdiri dari daratan dan pulau-pulau kecil, ada beberapa wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Bintan yang sulit untuk menjangkaunya yaitu Kecamatan Tambelan, Kecamatan Mantang dan Kecamatan Bintan Pesisir (Dinkes Bintan, 2010). Untuk pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat memerlukan dana dukungan operasional yang besar untuk Puskesmas-puskesmas tersebut, salah satu sumber dana tersebut yaitu BOK, meskipun demikian BOK bukanlah satu-satunya dana dalam membantu pencapaian SPM.

Dana BOK pada dasarnya adalah salah satu input yang sangat esensial dan sangat mempengaruhi kinerja puskesmas. Sedangkan dana efektifitas BOK dipengaruhi oleh beberapa faktor penting yaitu: (1) Sistem tata kelola pemerintahan dalam perspektif sentralisasi dan desentralisasi, (2) Regulasi dan sistem keuangan pemerintah, (3) Mekanisme penyaluran dana, (4) Besar (jumlah) dana BOK yang disediakan dan peruntukannya dan (5) Monitoring dan *supervisi* terhadap administrasi dan manajemen BOK disemua jenjang (Gani, 2011).

Data penyerapan dana BOK Nasional 69,1% dan untuk Provinsi Kepulauan Riau penyerapan BOK baru 41,7% (Kemenkes 2011). Sedangkan di Kabupaten Bintan penyerapan BOK tahun 2011 sebesar 83%, yang terdiri dari

73,4% terserap Puskesmas dan 9,7% terserap Dinkes Kabupaten Bintan, sementara sisanya 17% belum terserap dan dikembalikan ke Negara. Rerata penyerapan di Puskesmas sebesar 80%, bila dilihat lebih dalam dari 6 Puskesmas dengan penyerapan baik ( $\geq 80\%$ ) dan 6 Puskesmas dengan penyerapan kurang baik ( $< 80\%$ ). Sedangkan target penyerapan BOK Nasional adalah 100% (Kemenkes, 2012).

Kenyataannya bahwa pelaksanaannya di lapangan tidak semulus yang direncanakan, berbagai hambatan bermunculan dan tentu saja hal ini berimbas pemanfaatan BOK dalam mendukung kegiatan Puskesmas (Kemenkes, 2011). Berbagai kendala yang ditemui dilapangan adalah sebagai berikut:

1. Kondisi geografis: (a) Jauhnya lokasi puskesmas dengan Dinkes Kabupaten/ Kota terutama untuk wilayah tengah dan timur Indonesia, menghambat pelaporan/ penarikan dana dan penyerahan POA, (b) Tidak ada biaya transportasi dari Puskesmas ke Dinkes Kabupaten/ Kota untuk verifikasi POA dan biaya dari Dinkes Kabupaten/ Kota ke KPPN, (c) KPPN tidak satu lokasi dengan Dinkes Kabupaten/Kota, hanya ada 178 KPPN untuk 492 satker.
2. Pola kerja: (a) Dominasi program tertentu dalam penggunaan dana BOK yang disebabkan kurangnya koordinasi antar program, (b) Ada beberapa Kabupaten/Kota yang mengutamakan program-program yang menyerap APBD lebih dulu, (c) Tuntunan/ pendampingan dari Kabupaten/ Kota kurang dilakukan Dinkes kepada Puskesmas, (d) Dukungan dana operasional APBD ditarik untuk digantikan dengan BOK, (e) Kualitas POA yang tersusun belum sesuai stándar.
3. Sumberdaya manusia: (a) Pemahaman administrasi keuangan TP BOK. Keberanian bendahara hanya sampai UP, (b) Terbatasnya jumlah tenaga pengelola keuangan sehingga penggabungan pengelolaan BOK dengan Jamkesmas menjadi beban dan membingungkan, (c) Beda persepsi terhadap Juknis BOK antara verifikator Dinkes Kabupaten/Kota dengan Puskesmas, (d) KPPN tidak sama kebijakannya terhadap BOK.

Hal senada dikemukakan oleh Gani (2011) bahwa hambatan-hambatan dijumpai dalam pelaksanaan BOK adalah kesalahan administrasi pelaporan terkait Surat Pertanggung Jawaban (SPJ), ketidak sesuaian antara program dengan POA,

ketidapahaman puskesmas tentang sistem keuangan BOK dan keterbatasan SDM puskesmas.

Sebagai respon terhadap temuan-temuan pelaksanaan BOK, Kementerian Kesehatan melakukan tindak lanjut, berupa: (a) Menyusun Juknis BOK 2012 yang mengakomodir masukan daerah, (b) Menyusun Rencana Kerja dan Anggaran terkait peran manajerial Dinkes Provinsi dalam pembinaan pemanfaatan BOK 2012, (c) Meningkatkan kemampuan SDM manajemen Puskesmas dengan melaksanakan TOT untuk Provinsi dan Kabupaten/Kota, (d) Menyempurnakan SOP pengelolaan keuangan BOK, (e) Perbaiki modul dan strategi pelatihan keuangan BOK untuk petugas Dinkes dan Puskesmas, (f) Perbaiki strategi pengawasan, pengendalian dan penilaian pelaksanaan BOK, termasuk upaya pendampingan intensif dan (g) Analisis kebijakan terhadap pola penyerapan BOK. Perbaikan-perbaikan yang dilakukan terhadap pedoman BOK yang meliputi: pemanfaatan, pembinaan, pengendalian dan pengawasan BOK diharapkan kedepan tujuan untuk pemerataan akses dan peningkatan kinerja Puskesmas dapat tercapai (Kemenkes, 2011).

Mengingat pentingnya dana BOK untuk pemerataan akses dan peningkatan kinerja Puskesmas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kabupaten Bintan Tahun 2011-2012.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Salah satu upaya Pemerintah untuk pemerataan akses dan meningkatkan kinerja Puskesmas dengan memberikan dukungan dana berupa Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Beberapa hal yang mendasari kebijakan BOK adalah:

1. Disparitas anggaran program pelayanan kesehatan antara pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat dengan perbandingan UKP 30%-40% dan UKM 5%-12% (Kemenkes, 2011).
2. Masih tingginya angka kematian ibu di Kabupaten Bintan yaitu sebanyak 226 per 100.000 KH, sedangkan target Nasional 102 per 100.000 KH.

Dengan pertimbangan data diatas, penulis merasa perlu dan tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 dan Tahun 2012”.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Dari rumusan masalah yang tergambar pada latar belakang, peneliti mengajukan pertanyaan berkaitan dengan pelaksanaan BOK, yaitu: Bagaimana Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan terhadap kinerja Puskesmas di Kabupaten Bintan Tahun 2011 dan Tahun 2012?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 dan Tahun 2012.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuainya faktor pendukung dan faktor penghambat efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 dan Tahun 2012
2. Diketuainya Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan dengan kinerja Puskesmas di Kabupaten Bintan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 dan Tahun 2012

### **1.5 Manfaat penelitian**

#### **1. Dinas Kesehatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk meningkatkan dan mempertahankan pelaksanaan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di tahun mendatang dalam upaya meningkatkan kinerja Puskesmas dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat.

#### **2. Seluruh UPTD**

Penelitian ini diharapkan sebagai bahan masukan dalam mengenali faktor pendukung dan mengatasi faktor penghambat dalam pelaksanaan Bantuan

Operasional Kesehatan (BOK) guna meningkatkan kinerja Puskesmas melalui pengembangan kegiatan promotif dan preventif.

### 3. Pemerintah Daerah Bintan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang hasil pelaksanaan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kabupaten Bintan dan sebagai informasi dalam penetapan kebijakan dan komitmen pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) guna memujudkan “Kesehatan Untuk Semua” di Kabupaten Bintan.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan di Kabupaten Bintan pada bulan Maret sampai dengan April 2012. Pengumpulan data dengan teknik wawancara kepada informan dan telaah dokumen yang berhubungan Bantuan Operasional Kesehatan. Adapun yang menjadi informan dalam penelitian adalah tenaga kesehatan yang menjadi pengelola BOK Kabupaten dan peneglora BOK tingkat Puskesmas yang terdiri dari Kepala Puskesmas dan Bendahara Keuangan.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain studi kasus untuk mengetahui efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan tahun 2011 dan Tahun 2012.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)**

Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat maka Pemerintah melakukan peningkatan dan pemerataan kualitas dan kuantitas Puskesmas dan jaringannya di seluruh wilayah Indonesia termasuk Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Begitu juga dengan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) khususnya Poskesdes dan Posyandu. Namun demikian, masih terdapat permasalahan yang dihadapi oleh Puskesmas dan jaringannya dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya antara lain adalah keterbatasan biaya operasional untuk pelayanan kesehatan. Keterbatasan biaya operasional ini menyebabkan fungsi Puskesmas tidak berjalan secara optimal.

Berbagai upaya telah dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk mengatasi permasalahan tersebut agar peran dan fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan terus meningkat. Bentuk dukungan dari Pemerintah Pusat yakni dengan diluncurkannya program unggulan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bagi Puskesmas sebagai kegiatan inovatif disamping kegiatan lainnya seperti Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal). Saat ini BOK sudah memasuki tahun ke 3 (tiga).

##### **2.1.1 Pengertian BOK**

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana dari Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan menuju *Millennium Development Goals* (MDGs) Bidang kesehatan Tahun 2015 melalui peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

### **2.1.2 Tujuan BOK**

Adapun tujuan BOK menurut Petunjuk Teknis BOK dari Kementerian Kesehatan Tahun 2012 adalah:

1. Menyediakan dukungan biaya untuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bagi masyarakat.
2. Meningkatkan kualitas manajemen Puskesmas, terutama dalam perencanaan tingkat Puskesmas dan lokakarya mini Puskesmas.
3. Meningkatkan upaya untuk menggerakkan potensi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya.
4. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu.

### **2.1.3 Sasaran BOK**

Sasaran pelaksanaan BOK yaitu Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Puskesmas dan jaringannya (Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling), Pos Kesehatan desa (Poskesdes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

### **2.1.4 Kebijakan Operasional**

Kebijakan yang dianut oleh Bantuan Operasional Kesehatan di dalam Petunjuk Teknis BOK 2012 sebagai berikut:

1. BOK merupakan bantuan Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah dalam melaksanakan SPM Bidang Kesehatan untuk pencapaian MDGs tahun 2015 melalui peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif
2. Dana BOK adalah dana APBN Kementerian Kesehatan yang disalurkan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui mekanisme Tugas Pembantuan (TP).
3. Dana BOK bukan merupakan penerimaan fungsional Pemerintah Daerah sehingga tidak disetorkan ke kas daerah.

4. Dana BOK bukan merupakan dana utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Kabupaten/Kota. Dengan adanya dana BOK Pemerintah Daerah diharapkan tidak mengurangi anggaran yang sudah dialokasikan untuk operasional Puskesmas dan tetap berkewajiban menyediakan dana operasional yang tidak terbiayai melalui BOK.
5. Pemanfaatan dana BOK harus berdasarkan hasil perencanaan yang disepakati dalam lokakarya mini Puskesmas yang diselenggarakan secara rutin/periodik sesuai kondisi wilayah kerja Puskesmas.
6. Pelaksanaan kegiatan di Puskesmas berpedoman pada prinsip keterpaduan, kewilayahan, efisien dan efektif

### **2.1.5 Ruang Lingkup Kegiatan BOK**

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) digunakan untuk kegiatan upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif di Puskesmas dan jaringannya. Selain itu dana BOK juga dialokasikan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendukung pelaksanaan manajemen BOK di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Adapun ruang lingkup BOK terdiri dari:

#### **1. Kegiatan Puskesmas**

Kegiatan-kegiatan Puskesmas yang dibiayai oleh BOK adalah:

##### **a. Upaya Kesehatan**

Upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas melalui dana BOK meliputi: Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Keluarga Berencana, Immunisasi, Perbaikan Gizi Masyarakat, Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit serta kegiatan lainnya sesuai dengan resiko dan kebutuhan wilayah setempat.

Kegiatan upaya kesehatan di puskesmas yang dapat dibiayai dari dana BOK secara garis besar dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Biaya transportasi petugas kesehatan untuk kesehatan luar gedung
- 2) Biaya transportasi kader kesehatan dalam rangka mendukung kegiatan Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu
- 3) Biaya transportasi dukun beranak dalam rangka mendukung kegiatan terkait kemitraan bidan dan dukun

- 4) Biaya pembelian bahan/makanan untuk PMT penyuluhan dan atau PMT pemulihan untuk balita 6-59 bulan dengan gizi kurang, gizi buruk pasca perawatan atau rawat jalan dan ibu hamil KEK dengan mengutamakan bahan local

Dana BOK tidak boleh digunakan untuk:

- 1) Upaya kuratif dan *rehabilitative*
  - 2) Gaji, uang lembur dan insentif
  - 3) Pemeliharaan gedung (sedang dan berat)
  - 4) Biaya listrik, telepon dan air
  - 5) Pengadaan obat, vaksin dan alat kesehatan
  - 6) Biaya transportasi rujukan pasien
- b. Kegiatan Penunjang Upaya Kesehatan

Kegiatan penunjang kesehatan merupakan kegiatan dalam rangka mendukung upaya kesehatan dan penyelenggaraan manajemen BOK di Puskesmas.

Kegiatan penunjang antara lain:

No	Kegiatan	Pemanfaatan dana
1	Kegiatan di Poskesdes dan posyandu	a. Biaya pembelian ATK b. Biaya penggandaan
2	Pengelolaan administrasi BOK	a. Biaya pembelian ATK b. Biaya penggandaan
3	Survey Mawas Diri (SMD) dan Pendampingan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)	Transportasi petugas kesehatan dan/atau kader kesehatan
4	Rapat koordinasi dengan lintas sektor, tokoh masyarakat, tokoh agama dan/atau kader kesehatan	a. Transportasi peserta rapat b. Konsumsi peserta rapat
5	Orientasi kader kesehatan dan/atau tokoh masyarakat	a. Transportasi peserta rapat b. Konsumsi peserta rapat
6	Penyuluhan kesehatan pada kelompok masyarakat	a. Transportasi petugas dan atau kader b. Konsumsi penyuluhan
7	Studi banding antar Puskesmas	Transportasi petugas

c. Manajemen Puskesmas

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan di Puskesmas secara optimal, tepat sasaran, efisien dan efektif perlu dilaksanakan manajemen Puskesmas mencakup: Perencanaan Tingkat Puskesmas (P1), Pergerakan Pelaksanaan melalui Lokmin Puskesmas (P2) dan Pengawasan Pengendalian Penilaian (P3)

Pemanfaatan dana untuk kegiatan manajemen Puskesmas dapat dibiayai BOK meliputi:

- 1) Biaya pembelian ATK
- 2) Biaya transportasi dan konsumsi untuk peserta P1-P2-P3 sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 3) Biaya petugas Puskesmas untuk mengikuti orientasi manajemen BOK di Kabupaten/Kota (biaya transportasi, biaya akomodasi dan uang saku)
- 4) Biaya transportasi dan atau biaya pos untuk pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 5) Biaya transportasi dalam rangka konsultasi kegiatan BOK di lingkup/wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

d. Barang Penunjang Upaya Kesehatan (Pemeliharaan Ringan)

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dan jaringannya, maksimal 10% dari dana alokasi BOK di Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk penyediaan barang penunjang upaya kesehatan di puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan posyandu. Barang penunjang upaya kesehatan tersebut meliputi:

- 1) Pemeliharaan ringan Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu termasuk ongkos tukang
- 2) Barang penunjang untuk tujuan penyuluhan;
  - Pencetakan /penggandaan media KIE
  - Bahan untuk interaksi penyuluhan kesehatan masyarakat
- 3) Barang fisik yang tidak menimbulkan aset tetap

## 2. Kegiatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dana BOK di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat digunakan untuk membiayai kegiatan manajemen, seperti:

- a. Perencanaan
  - 1) Pertemuan sosialisasi BOK tingkat Kabupaten/Kota
  - 2) Pertemuan koordinasi perencanaan BOK tingkat Kabupaten/Kota (contoh: rapat koordinasi perencanaan, rekapitulasi RPK/POA Puskesmas, orientasi manajemen BOK bagi Puskesmas dan lain-lain)
- b. Pelaksanaan
  - 1) Perjalanan dinas petugas dari Tim Pengelola BOK tingkat Kabupaten/Kota dalam rangka koordinasi dengan Kanwil DJPB dan KPPN terkait
  - 2) Pertemuan pembinaan dan pergerakan manajemen BOK (missal rapat koordinasi evaluasi, analisis hasil evaluasi. *Desk* verifikasi RPK/POA Puskesmas, verifikasi pertanggung-jawaban keuangan dan lain-lain)
- c. Monitoring dan evaluasi
  - 1) Perjalanan petugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu (missal mengikuti Lokmin Puskesmas, pembinaan dan pemantauan BOK dan lain-lain)
  - 2) Penyusunan dan pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan Provinsi

### 2.1.6 Pengeloaan BOK

#### 1. Periode penggunaan dana BOK

Dana BOK berlaku selama 1 tahun anggaran dan dapat dimanfaatkan mulai 1 Januari 2012

#### 2. Satuan Biaya BOK

Besaran satuan biaya pemanfaatan BOK mengacu pada Standar Biaya Umum (SBU) Kementerian Keuangan tahun 2012 dan apabila tidak ada dalam SBU maka dapat menggunakan:

- a. Besaran satuan biaya sesuai kebutuhan *real cost* atau
- b. Mengacu pada POA yang ditanda tangani KPA dan membuat Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak (SPTJM)

### 3. Besaran alokasi BOK di Puskesmas

Besaran alokasi dana BOK setiap Puskesmas ditetapkan dengan memperhatikan situasi dan kondisi antara lain:

- a. Jumlah penduduk
- b. Luas wilayah
- c. Kondisi geografis
- d. Kesulitan wilayah
- e. Cakupan program
- f. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
- g. Jumlah Poskesdes dan Posyandu
- h. Parameter lain yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan kearifan lokal

#### 2.1.7 Indikator Keberhasilan

##### 1. Indikator Kinerja

Untuk mengukur kinerja Kabupaten/Kota dan Puskesmas dalam pemanfaatan BOK ditetapkan indikator sebagai berikut:

##### a. Indikator Monitoring

Untuk memantau pelaksanaan BOK dipilih indikator yang sensitif yang dapat mewakili serangkaian proses yang berjalan yaitu *persentase (100%) penyerapan dana BOK tiap Kabupaten/Kota*.

##### b. Indikator Evaluasi

Sebagai upaya pengawasan dan untuk mengevaluasi kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas, indikator evaluasi yang dilaksanakan oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan BPKP.

Indikator Input	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% defisit anggaran POA dipenuhi oleh BOK</li> <li>2. 100% dana BOK yang dicairkan Dinkes Kabupaten/Kota disalurkan kepada Puskesmas yang mengajukan surat permintaan uang</li> </ol>
Indikator Proses	100% dana BOK tersalurkan tepat waktu
Indikator Hasil	100% dana BOK digunakan untuk upaya promotif dan preventif sesuai lokmin

## 2. Pencatatan

Semua kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas harus dicatat dalam buku pencatatan. Penyediaan buku pencatatan menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pencatatan kegiatan BOK bukan merupakan bagian terpisah dari pencatatan kegiatan lainnya, namun merupakan satu kesatuan yang terintegrasi dan pencatatan kegiatan dari sumber dana lainnya.

### a. Pencatatan hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh

Hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dan jaringannya dicatat dalam buku register yang sudah ada atau menggunakan buku pencatatan lain, contoh:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu dicatat pada buku kohort ibu
- 2) Pelayanan imunisasi dicatat dalam buku register imunisasi
- 3) Penimbangan dicatat dalam buku register gizi/ penimbangan
- 4) Pelayanan kesehatan bayi dicatat dalam buku register bayi dll

### b. Pencatatan pemanfaatan BOK

Pencatatan pemanfaatan dana BOK dibuat dalam buku keuangan tersendiri, dilengkapi dengan bukti pengeluaran dan tanda terima dana oleh petugas yang melaksanakan kegiatan.

## 3. Pelaporan

Pelaporan BOK meliputi laporan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan pelaporan keuangan yang dikirimkan secara berjenjang dari Puskesmas kepada Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi dan seterusnya sampai ke tingkat Pusat. Selain itu dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan provinsi menyusun laporan tahunan pelaksanaan BOK.

### 2.2 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Indonesia mulai dikembangkan sejak dicanangkannya Pembangunan Jangka Panjang (PJP) yang pertama tahun 1971. Pemerintah mengembangkan Puskesmas dengan tujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang sebagian terbesar masih tinggal dipedesaan. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib

dilaksanakan oleh untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin.

### 2.2.1 Pengertian

Menurut Kepmenkes Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja. Secara garis besar ada 4 makna dalam pengertian diatas yaitu:

#### 1. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Puskesmas memiliki peran menyelenggarakan sebagian tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

#### 2. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal.

#### 3. Pertanggungjawaban penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan Puskesmas hanya bertanggungjawab sebagian upaya yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuannya.

#### 4. Wilayah kerja

Secara Nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah 1 (satu) Kecamatan, tetapi apabila disuatu Kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (Desa/Kelurahan). Masing-masing Puskesmas secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

### 2.2.2 Fungsi Puskesmas

Untuk mendukung pembangunan kesehatan dalam mewujudkan Indonesia Sehat Untuk Semua (IS 2025), setiap Puskesmas harus memanfaatkan kapasitas dan potensi secara optimal. Ada 3 (tiga) fungsi Puskesmas, yaitu:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Pembangunan berwawasan kesehatan harus mampu menciptakan lingkungan sehat dan membentuk perilaku hidup sehat masyarakat. Dengan kondisi seperti itu, derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya akan dapat ditingkatkan. Untuk menyiapkan Puskesmas agar mampu menjalankan fungsi ini, pimpinan dan staf inti Puskesmas harus dilatih secara khusus untuk melakukan advokasi terhadap sektor non kesehatan dan analisis dampak kesehatan. Mereka paling tidak harus memahami dan terampil dibidang epidemiologi dan statistik serta manajemen kesehatan.

2. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan

Masyarakat dan keluarga perlu dididik oleh staf Puskesmas tentang perilaku hidup sehat sehingga mereka lebih peka dengan masalah kesehatan yang potensial muncul diwilayahnya, mendidik keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat diarahkan agar mereka memanfaatkan semaksimal mungkin potensi yang ada di masyarakat. Untuk itu, program Promosi Kesehatan Masyarakat dan konseling perlu lebih digalakkan oleh staf Puskesmas. Keterampilan melakukan konseling dan pemasaran kesehatan oleh staf Puskesmas perlu dilatih. Untuk memberdayakan masyarakat, Puskesmas dapat bekerja sama dengan LSM setempat yang peduli kesehatan.

3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab Puskesmas adalah:

a. Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) yang bertujuan utama untuk menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan tanpa mengabaikan pemeliharaan

kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan kesehatan tersebut berupa rawat jalan dan dilengkapi dengan rawat inap.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang bersifat (*public goods*) dengan tujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan. pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta program kesehatan masyarakat lainnya.

### 2.2.3 Upaya-upaya Puskesmas

Upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas dibagi menjadi 2 (dua) golongan yaitu:

1. Upaya kesehatan wajib

Upaya kesehatan wajib adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada diseluruh Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

a. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana cara untuk melakukan apa saja yang dilakukan secara perorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu (Depkes RI, 1992).

Tujuan dari upaya ini adalah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Upaya promosi kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari suatu program. Setiap petugas yang berhubungan dengan masyarakat, dalam hal ini petugas Puskesmas mempunyai tugas penyuluhan. Untuk melaksanakan fungsinya dengan baik, setiap petugas Puskesmas harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dibidang teknis medis serta bidang penyuluhan.

b. Kesehatan lingkungan

Upaya kesehatan lingkungan adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan lingkungan melalui upaya sanitasi dasar, pengawasan mutu lingkungan dan tempat umum termasuk pengendalian pencemaran lingkungan dengan meningkatkan peran serta masyarakat dan keterpaduan pengelolaan lingkungan melalui analisis dampak lingkungan (Depkes RI, 1992).

Tujuan dari upaya ini adalah menanggulangi dan menghilangkan unsur-unsur fisik pada lingkungan sehingga faktor lingkungan yang kurang sehat tidak menjadi faktor resiko timbulnya penyakit menular dimasyarakat.

c. Kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana

1) Kesehatan ibu dan anak

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya dibidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, anak balita dan anak prasekolah (Depkes RI, 1992).

Tujuan dari upaya ini adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan optimal bagi ibu dan keluarganya menuju keluarga sejahtera serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia.

2) Keluarga berencana

Upaya keluarga berencana adalah upaya perencanaan kehamilan hanya terjadi waktu yang diinginkan. Jarak antar kelahiran diperpanjang dan kelahiran berikutnya dapat dicegah apabila jumlah anak sudah mencapai jumlah yang dikehendaki, untuk membina kesehatan seluruh anggota keluarga dengan sebaik-baiknya menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (BKKBN) (Depke RI, 1992).

### 3) Perbaiki gizi

Upaya perbaikan gizi bertujuan menurunkan angka penyakit gizi kurang yang umumnya banyak diderita oleh masyarakat berpenghasilan rendah (pedesaan dan perkotaan) terutama pada anak balita dan wanita. Tujuan tersebut mendukung upaya penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI). Program ini juga berusaha memperbaiki keadaan gizi masyarakat pada umumnya melalui perbaikan pola konsumsi pangan yang makin beraneka ragam, seimbang dan bermutu gizi. Perbaikan pola konsumsi yang demikian juga diperlukan oleh kelompok-kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi terhadap beberapa penyakit, misalnya penyakit jantung, pembuluh darah yang jumlahnya cenderung meningkat.

### 4) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular

Pemberantasan penyakit menular bertujuan untuk menghilangkan atau merubah cara berpindahnya penyakit menular dan/atau penyakit infeksi. Pemindahan penyakit atau penularan itu suatu cara bagaimana orang yang rawan dapat memperoleh penyakit atau infeksi dari orang lain atau hewan yang sakit (Depkes RI, 1992).

Cara-cara penularan tersebut adalah:

#### a) Penularan langsung dari manusia ke manusia

Hal ini dapat terjadi karena tetesan-tetesan halus yang terhambur dari batuk, ludah dan bersin (Tbc).

#### b) Penularan tidak langsung

Dengan perantara benda atau barang yang kotor (ada kumannya) , biasanya terjadi di air, makanan dan susu segar. Tujuan dari upaya ini adalah: mencegah terjadinya penularan penyakit, mengurangi terjadinya kesakitan dan mengurangi terjadinya kematian.

### 5) Pengobatan

Upaya pengobatan adalah bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menghentikan proses perjalanan suatu penyakit pada seseorang, sehingga penderitanya dapat hilang. Dalam melaksanakan

upaya ini, terlebih dahulu dokter akan menegakkan diagnose sebagai bentuk prosedur kesehatan untuk mengenal penyakit yang ada pada manusia (Depkes RI, 1992).

## 2. Upaya kesehatan pengembangan

Upaya pengembangan kesehatan adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan dimasyarakat serta yang sesuai dengan kemampuan masyarakat. Upaya kesehatan pengembangan dipilih berdasarkan upaya/ program pokok Puskesmas yang telah ada, yakni: Kesehatan Sekolah, Kesehatan Olah Raga, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Kerja, Kesehatan Gigi dan Mulut, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Mata, Kesehatan Usia Lanjut dan Pembinaan Pengobatan Tradisional.

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiganya merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan Puskesmas.

### 2.3 Model Pemanfaatan Pelayanan

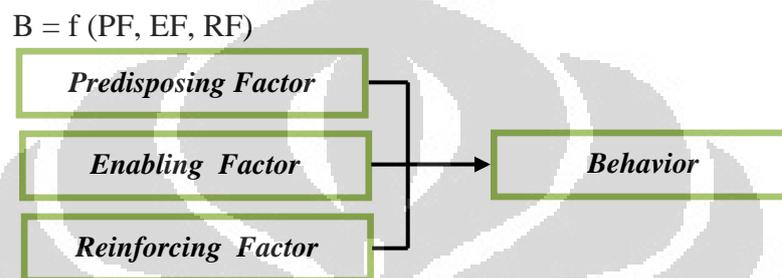
Lawrence Green (1980) dalam Soekidjo (2010) mengungkapkan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*Non behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi terangkum dalam 3 faktor utama yang dirangkum dalam akronim PRECEDE; *Predisposing, Enabling, Reinforcing Cause in Educational Diagnosis and Evaluation*. Preced model perilaku terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor-faktor yang mendahului perilaku yang menyebabkan motivasi untuk berperilaku. Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor pendukung (*enabling factor*) adalah faktor-faktor yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi untuk berperilaku sehat dan faktor ini mencakup potensi dan sumberdaya yang ada di masyarakat dalam wujud lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya:

fasilitas pelayanan kesehatan, biaya, jarak, kemudahan transportasi, jam buka, keterampilan petugas dan lain-lain.

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah merupakan factor penyerta untuk mendukung terjadinya perubahan perilaku, misalnya sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam penampilannya sehari-hari yaitu rapi, bersih, sabar dan ramah serta bekerja dengan hasil kualitas yang baik.

Gambar 2.1 Precede Model



Ketiga faktor diatas menunjukkan bahwa keinginan untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan atau bahkan untuk tidak menggunakan jasa pelayanan kesehatan.

## 2.4 Manajemen

Secara sederhana manajemen adalah seni memperoleh hasil melalui berbagai kegiatan yang dilakukan orang lain (siagian, 1989).

Tidak dapat disangkal bahwa keberhasilan organisasi mencapai tujuan dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya:

1. Mampu tidaknya kelompok manjerial dalam organisasi menjalankan fungsi-fungsi manajerialnya
2. Tersedia tidaknya tenaga operasional yang matang secara teknis dan mempunyai keterampilan yang sesuai dengan berbagai tuntutan tugas yang harus diselenggarakannya
3. Tersedianya sarana dana prasarana kerja yang jenis, jumlah dan mutunya sesuai dengan kebutuhan
4. Mekanisme yang tingkat formalisasinya disesuaikan dengan kebutuhan organisasi

5. Iklim kerja organisasi yang mendorong terwujudnya kerja sama yang harmonis antara berbagai satuan kerja dalam organisasi
6. Situasi lingkungan yang diharapkan mendukung pelaksanaan kegiatan operasional yang menjadi tanggung jawab organisasi

## 2.5 Pengawasan

Menurut Sondang (1989) pengawasan adalah “proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna menjamin lebih bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai rencana yang telah ditentukan sebelumnya”.

Beberapa dasar pemikiran agar kegiatan pengawasan berhasil sesuai dengan yang diharapkan, antara lain:

1. Orientasi dalam setiap organisasi adalah efisiensi. Bekerja secara efisien berarti menggunakan sumber-sumber yang tersedia seminimal mungkin untuk membuahkan hasil tertentu yang telah ditetapkan dalam rencana.
2. Orientasi dalam penyelenggaraan berbagai kegiatan operasional adalah efektifitas. Bekerja berorientasi efektifitas berarti tercapainya berbagai sasaran yang telah ditentukan tepat pada waktunya dengan menggunakan sumber-sumber tertentu yang sudah dialokasikan untuk melakukan berbagai kegiatan tersebut.
3. Orientasi pada produktifitas. Produktifitas adalah memaksimalkan hasil yang harus dicapai berdasarkan dan dengan memanfaatkan sumber dana dan daya yang telah dialokasikan sebelumnya.
4. Pengawasan dilakukan pada waktu berbagai kegiatan berlangsung dan dimaksudkan untuk mencegah jangan sampai terjadi penyimpangan, penyelewengan dan pemborosan
5. Tidak ada menejer yang dapat menolak dari tanggung jawab melaksanakan pengawasan karena mereka adalah manusia. Artinya walaupun terjadi kesalahan, belum tentu itu terjadi karena kesengajaan sebab angat mungkin factor lainlah yang menjadi penyebab seperti kekurangan keterampilan, kekurangan pengetahuan atau factor-faktor lain yang sejenis.

## 2.6 Variabel-variabel Dalam Penelitian

Berdasarkan Precede Model Lawrence Green (1980) dan Alur Pikir Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), berikut variabel-variabel yang diperkirakan mempengaruhi pengelolaan BOK, yaitu:

### 1. Sumberdaya Manusia

Sumberdaya manusia merupakan faktor utama dalam menjalankan upaya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Dikatakan factor utama karena karena sumber-sumber lain dalam organisasi, seperti modal, mesin, metode kerja, bahan adalah merupakan benda mati yang bermakna bagi organisasi apabila digunakan oleh manusia karena hanya manusialah yang memiliki akal, daya nalar, harkat dan martabat.

Sumberdaya manusia yang berkualitas sangat diharapkan dan dibutuhkan guna menunjang program-program kesehatan khususnya kesehatan masyarakat dapat berjalan dengan baik. Apalah gunanya program yang baik tetapi tidak didukung dengan tenaga kesehatan yang handal menjalankannya, maka pada akhirnya program tersebut akan sia-sia.

Sumberdaya manusia adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan (Depkes, 2009).

#### a. Jumlah tenaga pengelola

Ketersediaan tenaga pengelola BOK merupakan faktor yang utama untuk menggunakan dana BOK untuk upaya promotif dan preventif melalui pemberdayaan masyarakat dengan untuk meningkatkan produktifitas hidup.

#### b. Pemahaman administrasi keuangan

Pengetahuan adalah keseluruhan kognisi dan keterampilan oleh manusia untuk memecahkan masalah (Probst, Raub dan Romhard dalam Munir, 2008). Berpengetahuan luas sangat penting karena dalam menjalankan fungsinya dituntut untuk memahami secara tepat permasalahan yang dihadapi.

c. Persepsi pengelola tentang petunjuk teknis

Pemahaman pengelola terhadap petunjuk sangat mempengaruhi keberhasilan BOK, sehingga pemahaman tentang juknis merupakan keharusan bagi peneglola.

## 2. Kondisi geografis

a. Jarak ke UKBM

- Semakin dekat jarak, maka penggunaan pelayanan kesehatan akan semakin tinggi (Anderson, 1975)
- Jarak ke fasilitas non UKBM adalah faktor paling dominan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar setelah dikontrol dengan variabel pendidikan ibu, waktu tempuh ke fasilitas UKBM waktu tempuh ke fasilitas non UKBM dan pengeluaran rumah tangga (Mardiah, 2000)
- Penelitian Idawar (2001) menyebutkan ada hubungan bermakna antara status imunisasi dengan jarak dekat dibandingkan jarak jauh sebesar 1,01 kali. Sedangkan jarak sedang dan jarak jauh tidak ada hubungan.
- Gani (1981) dalam Yuliah (2001) menyebutkan bahwa faktor jarak adalah faktor penghambat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan

b. Waktu tempuh ke UKBM

- Penelitian Sabardianto (2008) menyebutkan bahwa waktu tempuh menuju Puskesmas berpengaruh terhadap pemanfaatan Puskesmas di tinjau dari frekuensi berkunjung antara pengguna jasa yang waktu tempuhnya cepat dan pengguna jasa yang waktu tempuhnya lama
- Penelitian Perangin-angin (2010) menyebutkan bahwa faktor waktu tempuh ke fasilitas UKBM menjadi paling dominan setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, waktu ke fasilitas non UKBM dan penolong persalinan

c. Alat transportasi ke UKBM

- Aday et all (1980) dalam Suryani mengatakan aksesibilitas ke sarana kesehatan merupakan salah satu factor pendukung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. kemudahan dalam mencapai sarana kesehatan

karena adanya sarana transportasi yang memadai dengan biaya yang terjangkau.

- Menurut Green dan Aderson, alat transportasi merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan.
- Dengan alat transportasi masyarakat akan lebih mudah untuk mencapai pelayanan kesehatan (Mill, 1990).
- Sorkin (1975) dalam Yuliah (2000) menyebutkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan di pengaruhi oleh harga atau biaya yang dibebankan kepada pengguna jasa layanan tersebut.

d. Wilayah Kerja

- Daerah terpencil adalah Kecamatan atau desa yang karena letak atau kondisi alam memiliki kesulitan, kekurangan atau keterbatasan sarana dan prasarana perhubungan, pelayanan kesehatan, persediaan kebutuhan Sembilan Bahan pokok (Sembako) serta kesulitan sekunder lain yang menimbulkan kesulitan bagi penduduk yang tinggal di wilayah tersebut (Juknis DAK Kesehatan, 2010)
- Menurut Mardiaty (1999), daerah perkotaan dan pedesaan memiliki pengaruh terhadap kecendrungan masyarakat memanfaatkan fasilitas kesehatan.

### 3. Bantuan Operasional Kesehatan

a. Peruntukkan

- BOK digunakan untuk kegiatan Puskesmas dan jaringannya serta mendukung kegiatan Posyandu dan Poskesdes dalam rangka pelaksanaan upaya kesehatan, utamanya promotif dan preventif (Kemenkes, 2011).
- Hasil survey monev BOK, staff Puskesmas menyarankan agar jenis upaya kesehatan ditambah dengan: Kesehatan Lansia, UKS, Kesehatan Jiwa dan Kesehatan Remaja (Kemenkes, 2011).
- Sebagian besar Puskesmas (52,6%) menyatakan bahwa dana BOK yang diberikan terlalu kecil (Kemenkes, 2011).

b. Distribusi

- BOK untuk mendukung peningkatan kinerja Puskesmas melalui upaya promotif dan preventif (Kemenkes, 2011).
- 100% dana BOK digunakan untuk upaya promotif dan preventif sesuai Lokmin (Kemenkes, 2011).
- Dari 20,3 juta belanja untuk KIA, 52,7% digunakan untuk biaya transport petugas dan 19,2% untuk transport kader, (Kemenkes, 2011).
- Rata-rata penyerapan BOK selama Januari - Oktober 2011 di Kabupaten/Kota 50% dan Puskesmas 66% (Kemenkes, 2011).
- Sebagian besara pengelola BOK Puskesmas (52,6%) mengatakan satuan biaya yang digunakan terlalu kecil (Kemenkes, 2011).
- 5 persen penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak mencari pelayanan kesehatan dengan alasan penyakit tidak parah (67%), tidak ada biaya (37%), tidak ada biaya transportasi (23%) dan tidak ada fasilitas transportasi (16%) (SKRT, 2004).

c. Alokasi kesehatan

- Sumber dana untuk pembangunan kesehatan terdiri dari: 1) Pemerintah Pusat (APBN) yang disalurkan dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan 2) APBD yang bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang berasal dari Pajak atau Penghasilan Badan Usaha Milik Daerah serta 3) Bantuan Luar Negeri dapat berupa hibah (*grant*) atau pinjaman (*loan*) untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan ( UU No 23 dan 25 Tahun 1999).
- Besarnya alokasi kesehatan sangat erat hubungannya dengan visi, misi, rencana strategis dan tujuan pembangunan daerah (Gani, 2003) dalam Dasmauli (2006).
- BOK bukan merupakan dana utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Kabupaten/Kota. Dengan adanya BOK Peemda tidak mengurangi tidak mengurangi anggaran yang sudah di alokasikan

untuk operasional Puskesmas dan tetap berkewajiban menyediakan dana operasional yang tidak terbiayai melalui BOK (Kemenkes, 2011).

d. Mekanisme Penyaluran Dana

- Dana Tugas Pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN Kementerian Kesehatan mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka Tugas Pembantuan, yang disalurkan oleh Pemerintah kepada Pemerintah Daerah (Kemenkes, 2011).
- Mekanisme realisasi anggaran BOK melalui KPPN adalah Tugas Pembantuan (TP), umumnya tidak mengganggu pengelola Kabupaten/Kota (Kemenkes, 2011).

e. Periode penggunaan dana

- Dana BOK berlaku selama satu tahun anggaran dan dapat dimanfaatkan mulai 1 Januari 2012 (Kemenkes, 2011).
- DIPA BOK Tahun 2012 turun pada Desember 2011 (Kemenkes, 2011).

#### 4. Efektifitas BOK

Dua konsep utama untuk mengukur prestasi kerja (*performance*) kinerja manajemen adalah efisiensi dan efektifitas. Efektifitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh target (kuantitas, kualitas dan waktu) telah tercapai. Dimana semakinn besar persentase target yang dicapai, makin tinggi efektifitasnya (Hidayat, 1986).

Hal senada dikemukakan oleh Abdurrahman (2003), efektifitas adalah pemanfaatan sumberdaya, sarana dan prasarana dalam jumlah tertentu yang secara sadar ditetapkan sebelumnya untuk menghasilkan sejumlah pekerjaan tepat pada waktunya. ([www.mlscib.com](http://www.mlscib.com)).

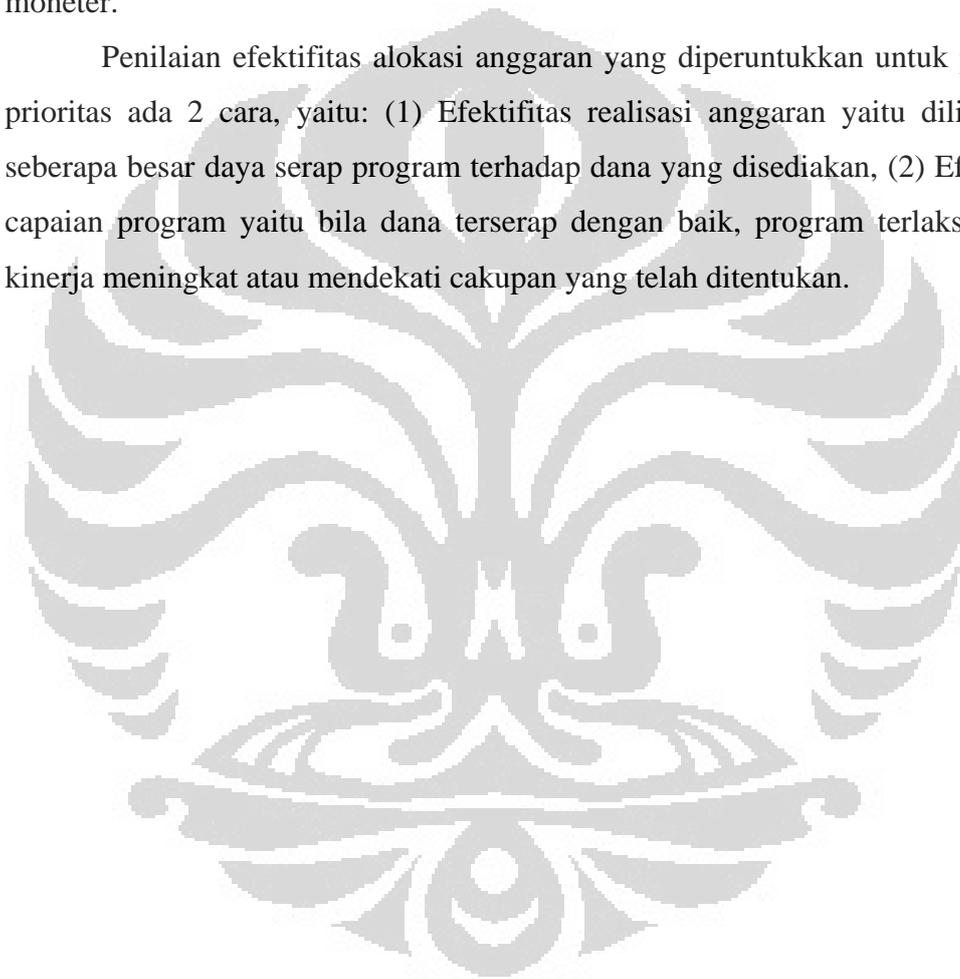
Efektifitas merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, seorang menejer efektif dapat memilih pekerjaan yang harus dilakukan atau metodayang tepat untuk mencapai tujuan.

Menurut Sorkin (1994) dalam Dasmauli (2006) analisis biaya adalah perbandingan biaya masing-masing program dengan manfaat potensial yang

memberikan suatu alasan yang masuk akal guna menetapkan prioritas pada sumber daya yang terbatas.

Program kesehatan biasanya menggunakan analisis efektifitas biaya sebagai cara yang murah untuk mendapatkan manfaat maksimum dari satu anggaran yang sudah ditetapkan (Sorkin, 1994). Analisis efektifitas biaya tidak hanya bertujuan untuk melihat penggunaan dana secara efisien tetapi hasil yang ditetapkan dapat terealisasi sehingga hasil akhir tidak berupa dalam satuan uang/moneter.

Penilaian efektifitas alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk program prioritas ada 2 cara, yaitu: (1) Efektifitas realisasi anggaran yaitu dilihat dari seberapa besar daya serap program terhadap dana yang disediakan, (2) Efektifitas capaian program yaitu bila dana terserap dengan baik, program terlaksana dan kinerja meningkat atau mendekati cakupan yang telah ditentukan.



## **BAB 3**

### **KERANGKA TEORI, KERANGKA FIKIR DAN DEFINISI ISTILAH**

#### **3.1 Kerangka Teori**

Merujuk pada Precede Model Lawrence Green (1980) bahwasanya pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 3 (tiga) faktor, yakni: (a) Faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya, (b) Faktor pendukung (*enabling factor*) yang berupa: fasilitas pelayanan kesehatan, biaya, jarak, kemudahan transportasi, jam buka, keterampilan petugas dan lain-lain dan (c) Faktor penguat (*reinforcing factor*) yaitu sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam penampilannya sehari-hari, yaitu rapi, bersih, sabar dan ramah serta bekerja dengan hasil kualitas yang baik.

Penelitian mencoba melihat perubahan perilaku dari petugas kesehatan di Puskesmas dalam memanfaatkan BOK dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dengan menggunakan teori Green. Faktor predisposisi dilihat dari sumberdaya manusia atau pengelola BOK itu sendiri meliputi jumlah tenaga, pengetahuan administrasi keuangan dan persepsi tentang Juknis, sedangkan untuk factor pendukung dilihat dari kedaan geografis yakni: jarak, waktu tempuh, alat transportasi dan wilayah terpencil dan untuk faktor penguatnya dilihat dari sumber dana kegiatan yaitu BOK meliputi: peruntukkan, distribusi, alokasi, mekanisme penyaluran dan periode penggunaan dana.

Meskipun terjadi perbedaan dalam penerapan, namun penulis berharap dapat melihat motivasi perubahan perilaku petugas dari sebelum dan sesudah adanya BOK.

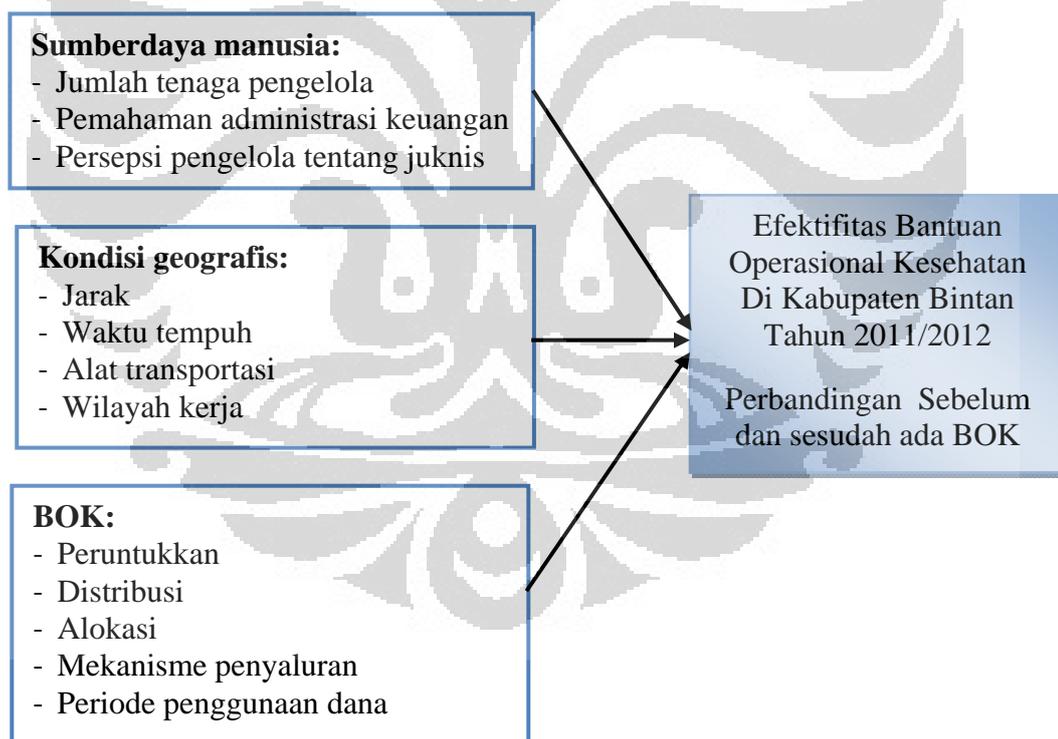
#### **3.2 Kerangka Fikir**

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian

yang akan dilakukan (Soekidjo, 2007). Dengan mengacu pada tinjauan pustaka mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan (Green, 1980) dan Petunjuk Teknis Bantuan Operasional (Kemenkes, 2012), maka peneliti mencoba menyusun kerangka fikir mengenai hal tersebut.

Kerangka fikir dalam penelitian ini terdiri dari sumberdaya manusia (jumlah tenaga pengelola, pemahaman administrasi keuangan, persepsi pengelola tentang Juknis), pola kerja (peruntukkan, distribusi, alokasi kesehatan, mekanisme penyaluran, periode penggunaan dana), kondisi geografis (jarak, waktu tempuh, alat transportasi wilayah kerja) untuk melihat efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kabupaten Bintan Untuk lebih jelasnya berikut kerangka fikir penelitian yang akan dilakukan :

Gambar 3.2 Kerangka Fikir



### 3.3 Definisi Istilah

No	Variabel	Definisi Istilah	Cara Ukur	Alat Ukur
1	Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan	Penggunaan dana BOK untuk peningkatan pencapaian program promotif dan preventif	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan dokumen pemanfaatan dana BOK
2	Pemahaman administrasi keuangan	Pengetahuan pengelola dalam pencatatan dan pelaporan penggunaan dana BOK	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan dokumen pemanfaatan dana BOK
3	Persepsi pengelola tentang Juknis	Pemahaman pengelola tentang Juknis BOK	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
4	Peruntukkan	Jenis-jenis pelayanan kesehatan masyarakat yang didanai oleh BOK	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan dokumen POA
5	Distribusi	Pengelompokkan penggunaan dana BOK dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan telaah dokumen sekunder
6	Alokasi kesehatan	Besaran dana kegiatan pelayanan kesehatan yang bersumber dari APBN dan APBD	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan telaah dokumen
7	Mekanisme penyaluran dana	Tatacara pencairan dana BOK melalui Tugas Pembantuan (TP)	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara

8	Periode penggunaan	Waktu penggunaan dana BOK dalam seatahun	Wawancara dan telaah dokumen	Pedoman wawancara
9	Jarak ke UKBM	Jarak antara Puskesmas dengan UKBM	Wawancara dan observasi	Pedoman wawancara dan observasi
10	Waktu ke UKBM	Lama waktu tempuh menuju UKBM, baik menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan dinas, kendaraan umum atau tidak menggunakan kendaran	Wawancara mendalam dan observasi	Pedoman wawancara
11	Alat transportasi	Angkutan yang digunakan untuk dalam kegiatan pelayanan kesehatan	Wawancara mendalam dan observasi	Pedoman wawancara
12	Wilayah kerja	Pengelompokkan puskesmas berdasarkan kecamatan di Kabupaten Bintan	Wawancara mendalam dan observasi	Pedoman wawancara dan telaah dokumen

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus yang menggunakan data primer dan sekunder dalam pengumpulan datanya. Penelitian ini hanya menilai efektifitas yang diasumsikan ”*before and after*” ada BOK. Kelemahan penelitian ini tidak ada puskesmas sebagai kontrol.

Penelitian kualitatif merupakan penelitian untuk memperoleh jawaban atau informasi mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang dan dapat diperoleh mengenai hal-hal yang tersirat mengenai sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku masyarakat ( FKM UI, 2002).

Alasan pemilihan jenis kualitatif karena pada dasarnya penelitian ini merupakan suatu upaya eksplorasi terhadap permasalahan penelitian melalui suatu pendekatan kualitatif diharapkan akan diperoleh suatu informasi tentang fungsi, peran, latar belakang dan opini tentang suatu hal. Jadi lebih merupakan suatu upaya (sosial) dan bukan membuktikan (Moleong, 1995).

Penggalian informasi dilakukan dengan obeservasi, wawancara mendalam dan telaah dokumen kepada informan yang terlibat peneglolaan dana BOK tahun 2011/2012 dan diharapkan memberikan penjelasan efektifitas BOK di Kabupaten Bintan.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan, waktu penelitian dilaksanakan selama 4 bulan terhitung sejak bulan Maret 2012 sampai dengan Juni 2012. Waktu wawancara disesuaikan dengan waktu yang disediakan oleh informan.

### 4.3 Populasi dan Sampel

#### 4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh data & dokumen dana BOK Puskesmas di Kabupaten Bintan dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2012.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah data & dokumen pelaksanaan BOK di Kabupaten Bintan dengan kriteria inklusi yaitu hanya data dan dokumen bulan 2011 dan data tahun 2012 pada saat penelitian dan kriteria Puskesmas yang diambil adalah Puskesmas terjauh dan Puskesmas terdekat serta diantara keduanya dari Dinkes Bintan. Sedangkan dalam melakukan wawancara, informan sebagai sampel tidak dipilih secara acak (*probability sampling*) akan tetapi dilakukan dengan menetapkan secara langsung (*purposive*).

Sampel dipilih sesuai dengan prinsip yang berlaku yaitu sebagai berikut:

1. Kesesuaian (*Appropriateness*)

Sampel dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian yang akan dilakukan.

2. Kecukupan (*Adequacy*)

Sampel yang dipilih harus memenuhi kategori yang berkaitan dengan penelitian seperti pendidikan, pengalaman, masa kerja, dan jabatan.

#### 4.3.3 Informan Penelitian

Informan-informan yang memenuhi kriteria prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) untuk memberikan informasi tentang efektifitas BOK di Kabupaten Bintan. Informan yang termasuk kriteria ini adalah tenaga pengelola BOK Puskesmas yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Bendahara BOK dan pengelola BOK Kabupaten sebagai *key informan* untuk persamaan persepsi.

## **4.4 Pengumpulan Data**

### **4.4.1 Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian efektifitas BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011/2012 adalah:

#### 1. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Puskesmas di Kabupaten Bintan berupa laporan pelaksanaan BOK 2011/2012, profil Dinas Kesehatan kabupaten Bintan tahun 2009 dan 2011 serta data lainnya yang berhubungan dengan BOK.

#### 2. Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam secara langsung kepada semua pihak yang menjadi informan penelitian dengan menggunakan pedoman wawancara dan diarahkan sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan dalam mengidentifikasi sumberdaya.

### **4.4.2 Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan yaitu pedoman wawancara mendalam yang berisikan daftar pertanyaan yang sesuai dengan fokus penelitian dan pedoman telaah dokumen. Untuk menjaga keakuratan hasil informasi yang diperoleh maka peneliti menggunakan alat bantu perekam (*Tape Recorder*) dan alat tulis.

### **4.4.3 Cara Pengumpulan Data**

Data sekunder diperoleh dari pengamatan dokumen yang ada di Puskesmas di Kabupaten Bintan. Sedangkan data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam terhadap petugas yang berhubungan dengan peneglolaan BOK yang merupakan informan penelitian dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Lama wawancara mendalam dengan informan lebih kurang 60 menit.

Penelitian ini telah mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan dan Puskesmas yang terpilih dalam sampel sudah diinformasikan sebelum peneliti turun ke lapangan.

## **4.5 Manajemen Data dan Analisa Data.**

### **4.5.1 Manajemen data**

Pengolahan data primer yang telah terkumpul meliputi: (a) Menyusun transkrip hasil wawancara, (b) Penelaahan dan pemeriksaan terhadap hasil pengumpulan data yang telah diperoleh dilapangan dalam bentuk transkrip, (c) Menggolongkan/ mengkategorisasi data yang telah terkumpul sesuai karakteristik atau pola yang sama, (d) Meringkas data kedalam bentuk matrik agar lebih rapi dan sistematis, (e) Mengidentifikasi hubungan antar variabel dan (f) Menyajikan data secara narasi.

### **4.5.2 Analisa data**

Karena penelitian bersifat kualitatif dan pengambilan sampelnya secara *purposive (non probability)* dan jumlahnya sedikit, maka agar validitas data tetap terjaga perlu dilakukan beberapa strategi. Uji validitas yang digunakan dalam bentuk *triangulasi*, yang meliputi sebagai berikut (FKM UI, 2000): (1) Triangulasi metode yaitu mengkombinasikan metode wawancara mendalam dan penelusuran dokumen, (2) Triangulasi sumber yaitu menggunakan informasi berbeda untuk melakukan *cross check* informasi dari beberapa informan. Umpan balik ini dilakukan oleh peneliti untuk memperbaiki hasil data yang diperoleh bila mendapatkan data berbeda dan (3) Triangulasi teori yaitu melaporkan hasil penelitian yang disertai dengan penjelasan teori. Saran dan informasi tambahan yang terkumpul diharapkan dapat meningkatkan kualitas laporan.

Selanjutnya data primer tersebut akan dianalisis oleh peneliti dengan melakukan analisis isi (*content analysis*) yaitu dengan mengumpulkan data dan informasi melalui pengujian arsip dan dokumen (Umar, 1997), terhadap hasil wawancara dengan teori-teori yang ada di referensi.

## BAB 5

### GAMBARAN UMUM

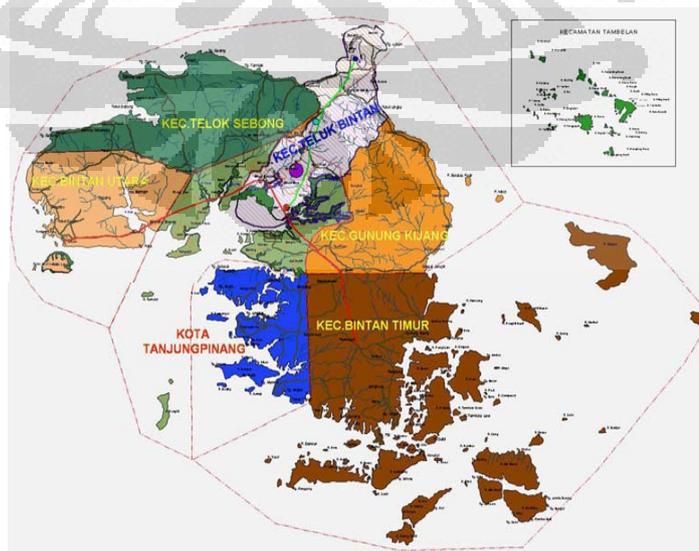
Kabupaten Bintan merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Kepulauan Riau yang pembentukannya ditetapkan dengan Undang-undang No. 25 Tahun 2002 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Riau. Dahulu Kabupaten Bintan bernama Kabupaten Kepulauan Riau, perubahan nama menjadi Kabupaten Bintan berdasarkan PP. RI Nomor 5 tahun 2006 Tanggal 23 Februari 2006 tentang Perubahan Nama Kabupaten Kepulauan Riau menjadi Kabupaten Bintan.

#### 5.1 Wilayah Penelitian

##### 5.1.1 Letak Geografis

Kabupaten Bintan terletak antara 0 derajat 6 menit 17 detik Lintang Utara dengan 1 derajat 34 menit 52 detik Lintang Selatan dan 104, 12 detik derajat Bujur Timur di sebelah Barat dan 108 derajat 12 menit 47 detik Bujur Timur di sebelah Barat dan 108 derajat 2 menit 27 detik Bujur Timur di sebelah Timur. Luas wilayah daratan dan lautan mencapai 87.717,84 Km<sup>2</sup> dengan luas daratan 1.946,13 Km<sup>2</sup> (2,22%) dan luas lautan 85.771,71 Km<sup>2</sup> ( 97.78%).

Gambar 5.1 Peta Wilayah Kabupaten Bintan



Jumlah pulau besar dan pulau kecil yang berada di wilayah Kabupaten Bintan seluruhnya 202 buah pulau, 49 pulau diantaranya sudah dihuni dan 153 pulau tidak berpenghuni. 190 pulau bernama serta 12 pulau tidak bernama. Pulau yang tidak berpenghuni serta tidak bernama sebagian sudah dimanfaatkan untuk kegiatan pertanian khususnya usaha perkebunan.

Jumlah Kecamatan tahun 2008 di Kabupaten Bintan sebanyak 10 Kecamatan, 10 Puskesmas dan 51 Desa/ Kelurahan, namun pada tahun 2010 terjadi penambahan Puskesmas menjadi 12 buah. Penambahan Puskesmas terjadi di wilayah Kecamatan Telok Sebong yakni Puskesmas Sri Bintan dan Puskesmas Berakit. Kabupaten Bintan bagian selatan berbatasan dengan Kabupaten Natuna dan Kabupaten Anambas, sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Lingga, sebelah Barat berbatasan dengan Kota Tanjungpinang dan Kota Batam dan sebelah Timur berbatasan Kabupaten Natuna dan Provinsi Kalimantan Barat.

### **5.1.2 Keadaan Demografi**

Jumlah penduduk Kabupaten Bintan pada tahun 2011 sebesar 149.554 jiwa dengan rata-rata kepadatan penduduk sebesar 76 Jiwa/ Km<sup>2</sup>. Dibandingkan dengan keadaan tahun 2009 penduduk Bintan telah mengalami kenaikan sebanyak 22.150 jiwa dengan rata-rata kepadatan penduduk sebesar 68 jiwa/ Km<sup>2</sup>. Peningkatan ini disinyalir karena tingginya perpindahan penduduk dari satu wilayah ke wilayah lainnya seiring dengan semakin berkembangnya pembangunan perumahan dan penetapan kawasan *Free Trade Zone* (FTZ).

### **5.1.3 Keadaan Ekonomi**

Data yang dihimpun dari BPS, PDRB Kabupaten Bintan Tahun 2011 atas dasar harga berlaku tercatat sebesar Rp 4,87 Trilyun yang diukur dari sembilan sektor lapangan usaha yaitu pertanian, pertambangan dan penggalian, industri pengolahan listrik, gas dan air bersih, bangunan/konstruksi, perdagangan, hotel dan restoran, pengangkutan dan komunikasi, keuangan, persewaan dan jasa perusahaan serta jasa-jasa.

Sektor-sektor yang memiliki nilai kontribusi besar terhadap PDRB adalah sektor industri pengolahan sebesar 50,72%, sektor perdagangan, hotel dan

restoran sebesar 20,49%, sektor pertambangan dan penggalian sebesar 10,97% dan sektor pertanian 5,78%, sektor pengangkutan dan komunikasi 3,74%, sektor lain masing-masing hanya memberikan kontribusi kurang 3,73%.

#### **5.1.4 Keadaan Perhubungan**

Angkutan laut merupakan sarana perhubungan yang sangat penting dan strategis bagi Kabupaten Bintan sebagai daerah kepulauan. Untuk itu pembangunan pelayaran terus ditingkatkan dan diperluas, termasuk penyempurnaan manajemen dan dukungan fasilitas pelabuhan.

### **5.2 Situasi Kesehatan sebelum BOK**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kemauan, kemampuan dan kesadaran hidup sehat bagi setiap penduduk serta tumbuhnya sikap kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, Selain itu juga untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan pembangunan ekonomi serta berperan penting terhadap penanggulangan kemiskinan sehingga pembangunan kesehatan adalah suatu investasi bagi pembangunan masyarakat.

#### **5.2.1 Derajat kesehatan**

Sektor kesehatan termasuk prioritas utama dalam proses pembangunan di kabupaten Bintan. Pembangunan kesehatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap upaya pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya..

##### **1. Angka kematian**

Tolak ukur pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dapat dilihat dari kualitas pelayanan kesehatan masyarakat adalah angka kesakitan dan angka kematian.

##### **a. Angka kematian bayi (AKI)**

Jumlah kematian bayi dari tahun 2005 sampai dengan 2008 cenderung menurun, namun pada tahun 2009 jumlah kematian bayi mengalami

peningkatan menjadi 6,6 per 1.000 kelahiran hidup yang diduga penyebabnya adalah asfiksia, lahir prematur (BBLR) dan cacat bawaan.

Jika dibandingkan dengan standar Nasional, target angka kematian pada bayi sampai tahun 2010 sebesar 26 per 1.000 kelahiran hidup, hal ini menunjukkan bahwa angka kematian bayi di Kabupaten Bintan berada dibawah standar Nasional.

b. Angka kematian ibu

Kematian ibu maternal adalah kematian ibu selama kehamilan, melahirkan dan masa nifas. Pada tahun 2009 terdapat 3 orang kematian maternal dari 3.026 persalinan, ini berarti AKI sama dengan 99 per 100.000 KH. Keadaan ini cenderung menurun dari 150 per 100.000 KH tahun 2005 menjadi 99 per 100.000 KH pada tahun 2009. Angka ini berada dibawah angka Nasional yaitu 307 per 100.000 KH di tahun yang sama (2009).

Penyebab kematian itu maternal selama periode lima tahun terakhir adalah perdarahan, eklamsia, infeksi nifas dan riwayat pernah *sectio caesarea*.

2. Angka kesakitan

a. Angka kesembuhan penderita TB paru BTA+

Kasus TB klinis di Kabupaten Bintan pada tahun 2009 sebanyak 927 (7,41 per 1.000 penduduk) dan dari jumlah tersebut 114 kasus diantaranya adalah Basil Tahan Asam/BTA positif (0,91 per 1.000 penduduk).

Keadaan ini jika dibandingkan Tahun sebelumnya terjadi penurunan kasus dimana pada Tahun 2008 kasus TB Paru Klinis sebanyak 1.082 kasus (8,82 per 1.000 penduduk) dan kasus TB Paru positif sebanyak 153 kasus (1,24 per 1.000 penduduk). Langkah-langkah yang telah dilakukan dalam rangka penanggulangan TB Paru adalah dengan intensifikasi penemuan penderita berupa *survey* kontak serumah dan pengobatan gratis kepada semua penderita yang telah ditemukan.

b. Persentase balita dengan pneumonia ditangani

Jumlah penderita pneumonia di Kabupaten Bintan Tahun 2009 sebanyak 67 kasus dimana kasus tertinggi terdapat di wilayah Kecamatan Bintan Timur sebanyak 33 kasus. Dari 67 kasus, 47 kasus diantaranya terjadi

pada Balita dan semuanya telah dilakukan penanganan dengan pemberian obat dan penatalaksanaan pneumonia bagi Balita.

c. Persentase DBD ditangani

Penyakit Demam Berdarah (DBD) di Kabupaten Bintan masih merupakan masalah utama, dimana pada tahun 2009 terdapat 142 kasus (Insident Rate 1,33/1000) dengan kematian 4 orang (CFR 2,81%). Kasus tertinggi terdapat di Kecamatan Bintan Timur sebanyak 54 kasus, bilamana dibandingkan dengan tahun 2008 terjadi penurunan kasus, pada tahun 2008 terdapat 150 kasus (IR 1,33 per 1000 ) sedangkan kematian mengalami peningkatan pada Tahun 2008 sebanyak 2 kematian (CFR 1,33%).

Persentase kejadian penyakit Demam Berdarah (DBD) yang ditangani di Kabupaten Bintan Tahun 2009 dari 142 kasus yaitu 100% ditangani di tempat pelayanan kesehatan (Puskesmas, Puskesmas pembantu serta tempat pelayanan kesehatan lainnya).

d. Persentase balita dengan diare ditangani

Pada tahun 2009 kasus penyakit diare di Kabupaten Bintan tercatat sebanyak 3.504 kasus (28,02 per 1.000 penduduk), 1.478 kasus diantaranya terjadi pada balita. Angka ini menurun jika dibandingkan tahun 2005 - 2009.

e. Persentase malaria diobati

Pada tahun 2009 jumlah kasus malaria yaitu 906 kasus malaria positif (7,0 per 1000 penduduk) dan 44,9 per 1000 penduduk malaria klinis. Keadaan ini lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2008, dimana kasus malaria positif 4,4 per 1000 penduduk atau sebanyak 545 dan malaria klinis sebanyak 6.841 (55,7 per 1000 penduduk).

Pada tahun 2009 jumlah kasus malaria klinis 5.480 kasus dan malaria positif yaitu 906 kasus, pengobatan telah dilakukan pada semua kasus yang menderita positif malaria (100%). Namun jika dibagi dengan jumlah malaria klinis yang diobati sebanyak 16,50%.

f. Persentase kusta selesai berobat

Untuk mewujudkan eliminasi kusta upaya penemuan penyakit kusta baru terus dilakukan dengan berbagai kegiatan, diantaranya kegiatan pasif maupun aktif (*school survey, contact survey dan chase survey*). Dari kegiatan tersebut pada tahun 2009 ditemukan 2 kasus (0,16 Per 10.000 penduduk) yang terdapat di Kecamatan Bintan Utara dan Bintan Timur masing-masing 1 kasus. Kedua penderita kasus tersebut telah dilakukan pengobatan. Perlu diketahui bahwa secara program penyakit kusta sudah tereleminir di Kabupaten Bintan dengan prevalensinya kurang dari 1 per 10.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan tahun 2005 ditemukan 4 kasus atau (0,34 per 10.000) penduduk terjadi penurunan kasus.

g. Persentase penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)

Difteria, Pertusis, Tetanus, Tetanus Neonatorum, Campak, Polio dan Hepatitis B merupakan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Dari semua jenis penyakit tersebut di Kabupaten Bintan tahun 2009, yang ditemukan yaitu kasus campak sebanyak 35 orang. Kasus tertinggi terjadi di wilayah Puskesmas Teluk Sasah (Kecamatan Sri Kuala Lobam) sebanyak 9 kasus.

### 5.2.2 Status gizi

1. Persentase kunjungan neonatus

Pada tahun 2009 jumlah neonatus di Kabupaten Bintan sebanyak 2.752 orang, 98,29% telah berkunjung ke pusat pelayanan kesehatan pada saat berumur 6-7 hari (KN2). Jumlah kunjungan neonatus dari Tahun 2005-2008 cenderung terjadi peningkatan.

2. Persentase kunjungan bayi

Jumlah bayi di Kabupaten Bintan tahun 2009 sebanyak 2.572 orang dan yang berkunjung ketempat pelayanan sebanyak 8 kali sebanyak 97,42%. Bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya (2008) terjadinya peningkatan sebesar 68,22%.

### 3. Balita dengan gizi buruk

Jumlah kasus balita gizi buruk di Kabupaten Bintan tahun 2009 sebanyak 76 kasus (0.64%), kasus tertinggi di wilayah Puskesmas Teluk Sasah sebanyak 25 kasus (3.75%) dan wilayah Puskesmas Teluk Sebong sebanyak 20 kasus (1.93%).

Seluruh Balita yang menderita gizi buruk telah dilakukan penanganan dengan pemberian makanan tambahan (PMT) selama 90 hari makan serta pengobatan penyakit penyerta di pusat pelayanan kesehatan.

### 4. Kecamatan bebas rawan gizi

Kecamatan dikatakan bebas rawan gizi, apabila persentase balita gizi buruk di wilayah tersebut tidak lebih dari 1%. Tahun 2009 terdapat 2 Kecamatan di Kabupaten Bintan yang tidak bebas atau rawan gizi yaitu Kecamatan Sri Kuala Lobam (3,75%) dan Kecamatan Teluk Sebong (1,93%). Kecamatan dikatakan rawan gizi bukan berarti kecamatan tersebut kekurangan bahan pangan akan tetapi karena pola konsumsi masyarakat yang kurang baik disamping itu juga disebabkan karena pola asuh orang tua yang salah terhadap anaknya.

Jika dibandingkan tahun 2008, menunjukkan adanya penurunan jumlah kecamatan yang rawan gizi, yaitu Kecamatan Teluk Bintan, Sri Kuala Lobam dan Teluk Sebong, pada tahun 2009 dua dari tiga kecamatan ini masih termasuk dalam kategori kecamatan rawan gizi.

## 5.2.3 Pelayanan kesehatan

### 1. Kunjungan Ibu Hamil

Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan kepada tenaga kesehatan samapai 4 kali selama kehamilan sebanyak 94,02% dari 3.026 ibu hamil. Ini menandakan bahwa terdapat ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya atau memeriksakan kehamilan 4 kali tetapi tidak tercatat *reporting and recording* Puskesmas.

### 2. Persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan

Persentase persalinan oleh tenaga bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, tahun 2009 sebanyak 93.42% dari 2.888 orang ibu

bersalin. Jika dibandingkan dengan tahun 2008 terjadi peningkatan sebesar 10.76%.

### 3. Pelayanan ibu nifas

Pelayanan bagi ibu nifas tahun 2009 merupakan kegiatan prioritas yang dilakukan oleh bidan karena dalam upaya untuk menurunkan angka kesakitan seperti anemia gizi besi dan komplikasi pada ibu nifas dengan cara pemberian tablet tambah darah selama nifas dan penanganan kasus komplikasi.

Tahun 2009, jumlah ibu nifas yang diberikan tablet tambah darah sebanyak 2.783 orang (86.5%), pemberian vitamin A ibu nifas sebanyak 2.783 orang (86.5%) dan penanganan kasus komplikasi selama nifas sebanyak 1 kasus.

### 4. Penjarangan kesehatan siswa SD sederajat

Deteksi dini tumbuh kembang anak balita yang dilakukan selama tahun 2009, dari 3.345 siswa SD/MI telah dilakukan pemeriksaan kesehatan pada murid baru/penjarangan kesehatan murid baru 3.227 siswa (96,47%). Bentuk deteksi yang dilakukan adalah pemeriksaan tinggi badan, berat badan, serta pemeriksaan kesehatan lainnya secara berkala yang dilakukan di Taman Kanak-kanak (TK), SD/MI serta SMP/SMA.

### 5. UCI

Desa/Kelurahan dikatakan UCI, jika pencapaian immunnisasi campak lebih dari 80%. Dari 51 Desa/Kelurahan pada tahun 2009 terdapat 2 Kecamatan yang belum UCI yaitu Kecamatan Seri Kuala Lobam (48,6%) dan Kecamatan Toapaya (69,6%).

Dari grafik diatas, sebagian besar Puskesmas (Kecamatan) sudah mencapai target desa UCI (100%, SPM) dan sebagian kecil Puskesmas termasuk Kabupaten belum mencapai cakupan desa UCI.

### 6. MP ASI pada anak 6-23 bulan

Bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin merupakan kelompok masyarakat yang sangat rentan terhadap gizi buruk disebabkan karena daya beli keluarga terhadap bahan pangan yang rendah sehingga membutuhkan perhatian khusus berupa pemberian makanan tambahan secara rutin setiap tahunnya disamping upaya promotif dan peningkatan perekonomian keluarga.

Pada tahun 2009 di Kabupaten Bintan tercatat jumlah bayi umur 6-24 bulan yg mendapat MP-ASI sebanyak 76 orang.

#### 7. Bumil dan Neonatus resiko yang ditangani

Ketersediaan darah untuk menangani ibu hamil dan neonatus yang dirujuk ke Rumah Sakit disediakan melalui Palang Merah Indonesia (PMI) Kepulauan Riau serta donor darah dari keluarga pasien.

Ibu hamil resiko tinggi atau komplikasi yang ditangani selama tahun 2009 sebanyak 306 kasus, 100% ibu hamil resiko tinggi atau komplikasi ditangani, dan neonatal resiko tinggi atau komplikasi yang ditangani sebanyak 111 kasus, (100%) tertangani.

### 5.2.4 Sumberdaya kesehatan

#### 1. Tenaga kesehatan

Pada tahun 2009, jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Bintan sebanyak 455 orang yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu dengan rincian sebagai berikut: tenaga medis di Puskesmas sebanyak 68 orang dan di Dinkes 5 orang, tenaga kefarmasian di Puskesmas 13 orang dan Dinkes 6 orang, tenaga gizi di Puskesmas 12 orang dan Dinkes 2 orang, tenaga keperawatan dan bidan di Puskesmas sebanyak 260 orang dan Dinkes 16 orang, tenaga kesehatan masyarakat di Puskesmas 17 dan Dinkes 23 orang, tenaga sanitasi di Puskesmas sebanyak 13 orang dan Dinkes 7 orang, tenaga teknis medis di Puskesmas 13 orang dan Dinkes 3 orang.

#### 2. Pembiayaan kesehatan

Anggaran kesehatan cenderung naik dari tahun 2008 sebesar Rp 33.857.511.092 atau Rp 274.374 kapita menjadi 36.933.667.871 atau Rp 289.882 per kapita pada tahun 2009, atau sama dengan 5.05% dari APBD Kabupaten Bintan.

Pembiayaan kesehatan diutamakan untuk pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM), ketersediaan obat dan operasional Puskesmas dan jaringannya.

## **BAB 6**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1 Kerangka Penyajian**

Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi sebagai hasil wawancara mendalam kepada 6 orang informan dan 1 orang sebagai informan kunci, selain itu penyajian juga dalam bentuk tabel dan diagram yang diperoleh dari hasil telaah berbagai dokumen dan observasi yang berhubungan dengan pengelolaan dana Bantuan Operasional Kesehatan seperti laporan alokasi dan realisasi dana BOK, laporan cakupan kegiatan, Profil Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2009 dan tahun 2011.

#### **6.2 Pelaksanaan Penelitian**

Sebelum pelaksanaan penelitian Efektifitas BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 dan tahun 2012, terlebih dahulu meminta izin kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan dengan mengirim surat izin penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Setelah memperoleh izin penelitian dari Kadinkes Bintan, langkah selanjutnya turun lapangan untuk pengambilan data. Pengambilan data di Dinkes Bintan berupa dokumen BOK, Profil Kesehatan Kabupaten Bintann Tahun 2009 dan Tahun 2011 serta melaksanakan wawancara mendalam berkaitan dengan pelaksanaan BOK di Puskesmas. Pengambilan data Puskesmas didampingi oleh pengelola BOK Kabupaten sekaligus melakukan monitoring ke Puskesmas yang dikunjungi.

#### **6.3 Karakteristik Informan**

Informan dalam wawancara mendalam berjumlah 7 orang yang terdiri dari 4 orang laki-laki dan 3 orang wanita dengan latar belakang pendidikan formal informan 57.1% berpendidikan Strata 1 dan 42.9% berpendidikan Sarjana Muda. Mayoritas informan adalah staf Puskesmas yang menjadi pengelola BOK (Kepala Puskesmas dan Bendahara BOK) dan sebagai kecil dari pengelola BOK

Kabupaten sebagai *key* informan. Rata-rata informan sudah menjadi pengelola BOK pada tahun sebelumnya.

Tabel 6.1 Karakteristik Informan Dalam Wawancara Mendalam

No	Kode Informan	Pendidikan Terakhir	Jabatan
1	Q1	Sarjana Kedokteran Gigi	Kepala Puskesmas Mantang
2	Q2	D3 Keperawatan	Bendahara BOK Mantang
3	Q3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	Kepala Puskesmas Toapaya
4	Q4	D3 Kebidanan	Bendahara BOK Toapaya
5	Q5	Sarjana Kesehatan Masyarakat	Ka. Puskesmas Teluk Sbong
6	Q6	D3 Kebidanan	Bendara BOK Teluk Sebong
7	Q7	Kasie Yankes	<i>Key information</i>

Sumber: Biodata informan pada pedoman wawancara

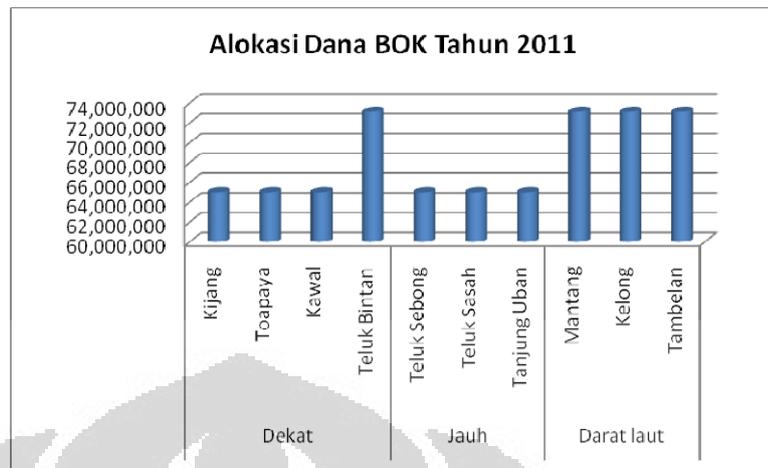
## 6.4 Hasil Penelitian

### 6.4.1 Bantuan Operasional Kesehatan

Pemanfaatan BOK dapat dilihat dari perbandingan antara alokasi dana BOK per Puskesmas dengan realisasi dana BOK per Puskesmas pada tahun tertentu. Jika hasil tersebut jauh dari target berarti pemanfaatan dana BOK kurang sedangkan bila hasil perbandingan sama atau mendekati berarti pemanfaatan dana BOK baik, target penyerapan BOK 100% (Kemenkes, 2012).

Alokasi dana pada kelompok Puskesmas dekat, yaitu: Puskesmas Kijang, Puskesmas Toapaya dan Puskesmas Kawal sebesar Rp 65.000.000 dan Puskesmas Teluk Bintan lebih dari Rp 73.000.000, untuk Puskesmas jauh yang terdiri dari Puskesmas Teluk Sebong, Teluk Sasah dan Tanjung Uban sebesar Rp 65.000.000, sedangkan untuk Puskesmas darat laut yang terdiri dari Puskesmas Mantang, Puskesmas Kelong dan Puskesmas Tambelan lebih dari Rp 73.000.000. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram dibawah ini.

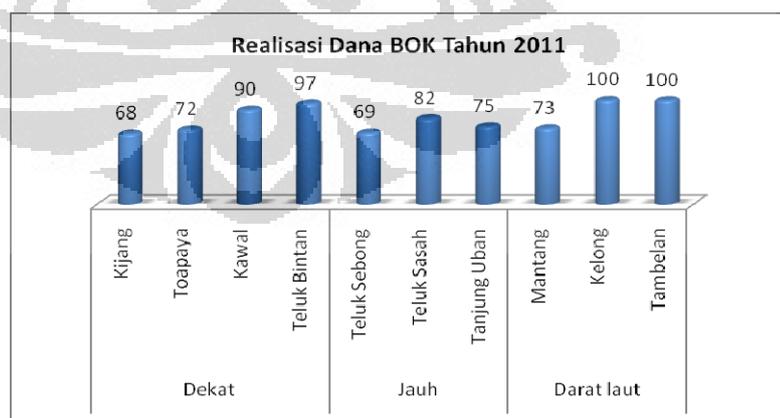
Diagram 6.1 Alokasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011



Sumber: Seksi Yankes Dinkes Bintan Tahun 2012

Realisasi dana BOK yang dialokasikan pada Puskesmas darat, yaitu: Puskesmas Kijang dana BOK yang terserap 68%, Puskesmas Toapaya 72%, Puskesmas Kawal 90% dan Puskesmas Teluk Bintan 97%. Kemudian dana BOK yang terserap oleh Puskesmas jauh, yakni: Puskesmas Teluk Sebong 69%, Puskesmas Teluk Sasah 82% dan Puskesmas Tanjung Uban 75%. Sedangkan penyerapan untuk Puskesmas darat laut, yaitu: Puskesmas Mantang 73%, Puskesmas Kelong 100% dan Puskesmas Tambelan 100%. Berikut diagram realisasi BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011.

Grafik 6.2 Realisasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011



Sumber: Seksi Yankes Dinkes Bintan Tahun 2012

#### 6.4.2 Efektivitas Bantuan Operasional Kesehatan

Berikut beberapa pencapaian pelayanan kesehatan masyarakat sesudah ada dana BOK, yakni:

1. Kunjungan Ibu Hamil (K4)

Kunjungan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan kepada tenaga kesehatan sampai dengan 4 kali selama hamil sebanyak (96,21%) dari 3.177 ibu hamil. Sedangkan terdapat sekitar 4,27% ibu hamil yang *drop out* diprediksi tercatat pada *reporting and recording* Puskesmas.

2. Kunjungan bayi

Tahun 2011, jumlah bayi di Kabupaten Bintan sebanyak 2.752 orang dan yang berkunjung ke tempat pelayanan sebanyak 8 kali sebesar 97,74%. Selain melihat perkembangan bayi, ibu-ibu juga mendapatkan pelayanan kesehatan baik kuratif maupun promotif sebanyak 8 kali.

3. Peserta KB aktif

Untuk penataan administrasi kependudukan Kabupaten Bintan, program pembatasan jumlah anggota (KB) merupakan hal penting dalam mendukung perencanaan pembangunan baik di tingkat Daerah maupun Nasional.

4. Desa *Universal Child Immunization* (UCI)

Desa *Universal Child Immunization* (UCI) adalah Desa/Kelurahan yang pencapaian imunisasi campaknya lebih dari 80%. Imunisasi yang diberikan kepada bayi dalam rangka peningkatan pencapaian *Universal* antara lain BCG, DPT1+HB1, DPT3+HB3, Polio3 dan Campak.

5. Cakupan Pemberian MP-ASI Pada Anak 6-24 Bulan dari Keluarga Miskin  
Pencapaian pemberian MP-ASI pada anak 6-24 bulan tahun 2011 semua Puskesmas yang memiliki kasus gizi kurang tertangani.

6. Cakupan penjarangan kesehatan pada anak SD sederajat

Deteksi dini tumbuh kembang anak balita yang dilakukan selama tahun 2011, dari 3.283 siswa SD/MI telah dilakukan pemeriksaan kesehatan pada murid baru/penjarangan kesehatan murid baru 3.283 siswa (98,09%).

### 6.4.3 Sumberdaya Manusia

#### 1. Jumlah tenaga pengelola

Menurut Juknis BOK Tahun 2012 tim pengelola BOK terdiri dari Ketua dan pengelola keuangan yang dibentuk oleh Kepala Dinas Kesehatan selaku KPA berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan. Adapun tugas dari tim pengelola BOK adalah: (a) Melaksanakan BOK sesuai dengan perencanaan hasil loka karya mini Puskesmas, (b) Mengelola dana BOK secara bertanggung jawab dan transparan dan (c) Melaporkan pelaksanaan kegiatan dan realisasi dana BOK.

Kepala Dinas Kesehatan telah mengeluarkan SK sehubungan dengan pembentukan tim pengelola BOK Kabupaten dan pengelola BOK Puskesmas, kemudian Kepala Puskesmas membuat SK pembentukan pengelola BOK Puskesmas merujuk pada SK Kepala Dinas Kesehatan.

Tabel 6.2 Distribusi Pengelola BOK Berdasarkan Kelompok Kerja di Kabupaten Bintan Tahun 2012

No	Kelompok Kerja	Jumlah
1	Tenaga Kesehatan	-
2	Manajemen	3
3	Tenaga Kesehatan dan Manajemen	4

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pengelola BOK tingkat Puskesmas memiliki *double job* yakni sebagai tenaga manajemen dan juga sebagai pemberi pelayanan. Tentu saja keadaan ini akan mempengaruhi kinerja pelayanan dan juga memicu kejadian stress (kebingungan) pada tenaga pengelola, mereka yang seharusnya focus pada kegiatan pelayanan kini mereka juga harus menangani manajemen Puskesmas.

Hal ini diperkuat dari beberapa jawaban informan tentang jumlah tenaga pengelola, yaitu:

*“Tidak, karena petugas BOK di Puskesmas melaksanakan fungsi ganda sehingga kurang efektif”. (Q6)*

*“Kemampuan pengelola program Puskesmas dalam membuat kebutuhan usulan suatu program”.(Q1)*

## 2. Pemahaman administrasi keuangan

Kemampuan pengelola BOK dalam membuat pencatatan dan pelaporan dana BOK dan menyajikannya dalam informasi yang berguna bagi satuan kerja Kabupaten dan Puskesmas. Pencatatan dan pelaporan keuangan dilakukan Puskesmas yang dimulai dari pengusulan, pencairan dan penggunaan dana BOK, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan dalam pengawasan setiap bulannya.

Tabel 6.3 Rekapitulasi Pengajuan POA dan Pengiriman Laporan Keuangan di Kabupaten Bintan

No	Puskesmas	2012					
		Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun
1	Kijang			√	√	√	
2	Kelong			√	√	√	
3	Mantang			√	√	-	
4	Toapaya			√	√	√	
5	Kawal			√	√	√	
6	Teluk Bintan			√	√	√	
7	Teluk Sebong			√	√	-	
8	Teluk Sasah			√	√	√	
9	Tanjung Uban			√	√	√	
10	Tambelan			√	√	√	

Sumber: Yankes Dinkes Bintan 2012

Hal ini tergambar dari jawaban informan, yaitu:

*“Ya, terlalu rumit, perlu pelatihan khusus untuk petugas” . (Q3)*

*“Ya, pengusulan; perbaikan transportasi, beberapa kegiatan digabung tidak sendiri-sendiri” (Q4)*

*“Ya, verifikasi terlalu sulit karena verifikator kurang memahami Juknis” (Q5)*

### 3. Persepsi pengelola tentang Juknis

Persepsi pengelola BOK terhadap Juknis sangat penting karena mempengaruhi pengajuan POA Bulanan, baik dari segi kegiatan, besaran dana, frekuensi kegiatan dan lain-lain.

Persepsi antara pengelola BOK dan satker Kabupaten menyebabkan verifikasi yang panjang dan melelahkan, tentu saja hal ini akan mempengaruhi dalam pengajuan POA Bulanan. Bisa jadi, jadwal perencanaan dan pencarian meleset dari jadwal karena ditetapkan.

Hal ini tergambar dari jawaban informan, yaitu:

*“..... pelaporan bahan kontak sudah dijelaskan”.(Q2)*

*“.... Juknis 2011 tidak diarahkan kemana dana BOK sedangkan untuk Juknis 2012 dana BOK diarahkan dengan jelas” (Q4)*

*“... . Juknis telah terinci sehingga mudah dalam pelaksanaannya” (Q6)*

#### 6.4.4 Keadaan Geografis

##### 1. Jarak, waktu tempuh dan alat transportasi

Geografis suatu wilayah merupakan bahan pertimbangan untuk melaksanakan sesuatu keputusan maupun kegiatan. Keadaan geografis yang sulit tentu saja mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan suatu program.

Kabupaten Bintan terdiri dari daratan dan pulau-pulau kecil, ada beberapa wilayah kerja Puskesmas yang sulit untuk menjangkaunya, seperti Kecamatan Tambelan, Kecamatan Mantang dan Kecamatan Bintan Pesisir (Dinkes Bintan, 2010). Kondisi geografis tersebut seringkali menjadi dasar terlambatnya pertukaran informasi dan pengiriman laporan ke Kabupaten.

Tabel 6.4 Jarak Antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2011

Dari	Ke	Jarak (Km <sup>2</sup> )
<b>Tanjungpinang</b> <b>(Dinkes Bintan)</b>	Puskesmas Kijang	21
	Puskesmas Kelong	Laut 15' dan 21
	Puskesmas Mantang	Laut 25' dan 24
	Puskesmas Toapaya	21
	Puskesmas Kawal	22
	Puskesmas Teluk Bintan	23
	Puskesmas Teluk Sebong	76
	Puskesmas Teluk Sasah	89
	Puskesmas Tanjung Uban	80
	Puskesmas Tambelan	Laut 20 Jam dan 4
	Puskesmas Sri Bintan	46
	Puskesmas Berakit	63

*Sumber: Profil Kesehatan Bintan Tahun 2011*  
*' satuan waktu dalam menit*

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa jarak antara Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan dengan Puskesmas-puskesmas yang ada *relative* jauh. Jarak Puskesmas yang paling dekat ke Dinkes Bintan adalah Puskesmas Kijang dan Toapaya yaitu 21 Km, Puskesmas Kawal Puskesmas dan jarak 22 Km dan Puskesmas Teluk Bintan 23 Km dengan perkiraan waktu tempuh 20-30 menit. Puskesmas dengan kelompok jarak jauh dengan Dinkes Bintan adalah Puskesmas Teluk Sebong 76 Km, Puskesmas Teluk Sasah 89 Km dan Puskesmas Tanjung Uban 80 Km dengan perkiraan waktu tempu 2 jam. Sedangkan untuk Puskesmas kelompok darat laut menuju Dinkes adalah Puskesmas Mantang 24 Km lewat darat dan 25 menit melalui laut, Puskesmas Kelong 21 Km melalui darat dan 15 menit melalui laut serta Puskesmas dengan kelompok darat dan laut adalah Puskesmas Tambelan yakni lewat laut 20 jam dan lewat darat 4 Km. sementara waktu yang diperlukan untuk sekali perjalanan ke

Puskesmas Tambelan ± 18 jam bila angin teduh, tetapi jika angin kencang waktu yang diperlukan berkisar antara 25-30 jam.

Hasil dari wawancara tentang efektifitas dana BOK adalah sebagai berikut:

*“Sangat besar karena daerah kami adalah kepulauan sehingga memerlukan cost yang tinggi untuk transportasi”. (Q3)*

*“Memerlukan dana, waktu dan tenaga yang besar. Dalam hal ini dana BOK sangat membantu. Semua pulau telah dikunjungi, kegiatan meningkat secara kualitas dan volume”. (Q7)*

## 2. Wilayah kerja

Daerah terpencil adalah Kecamatan atau desa yang karena letak atau kondisi alam memiliki kesulitan, kekurangan atau keterbatasan sarana dan prasarana perhubungan, pelayanan kesehatan, persediaan kebutuhan Sembilan Bahan pokok (Sembako) serta kesulitan sekunder lain yang menimbulkan kesulitan bagi penduduk yang tinggal di wilayah tersebut (Juknis DAK Kesehatan, 2010).

Kabupaten memiliki daerah terpencil yaitu diwilayah kerja Puskesmas Kelong, Puskesmas Mantang dan Puskesmas Tambelan.

### 6.4.5 Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)

#### 1. Peruntukkan

Dana BOK 2012 diperuntukkan kepada upaya wajib dan upaya pengembangan di Puskesmas yang bersifat promotif dan preventif. Kegiatan-kegiatan tersebut dapat menggunakan BOK bila merupakan masalah dan menjadi kebutuhan masyarakat dalam hal kesehatan.

Peruntukkan dana BOK tahun 2011 pada kelompok Puskesmas dekat, terendah pada kegiatan gizi yaitu Rp 2 juta lebih, KIA sekita Rp 3 jutaan, Kesehatan lingkungan Rp 4.000.000, Immunisasi Rp 5.000.000, Promosi kesehatan Rp 7.000.000 dan terbesar pada kegiatan pengendalian penyakit Rp 10.000.000. Puskesmas jauh, dana terendah pada kegiatan immunisasi Rp 650.000, promosi kesehatan

Rp 1.000.000, gizi Rp 3.000.000, pengendalian penyakit Rp 11.000.000 dan kesehatan lingkungan Rp.18.000.000. sedangkan untuk Puskesmas darat laut, dana terkecil pada kegiatan KIA Rp 400.000, KB Rp 900.000, Imunisasi Rp 1.000.000, gizi Rp 3.000.000, penendalian penyakit, promosi kesehatan dan kesehatan lingkungan Rp 7.000.000.

Hal ini didukung jawaban informan tentang peruntukkan dana BOK :

*“UKK dan Perkesmas” (Q1 dan Q2)*

*“Lebih kearah MDGs pada point 1,4 dan 5” (Q3)*

*“Usaha Kesehatan Kerja dan Kesehatan remaja” (Q4)*

*“STBM, KB dan Lansia” (Q5)*

*“Kesehatan kerja, Perkesmas, Kelas Ibu Hamil, Perawatan Kesehatan Gigi” (Q7)*

## 2. Distribusi

Bantuan Operasional Kesehatan bertujuan meningkatkan kinerja Puskesmas melalui kegiatan pelayanan kesehatan dasar dan kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Distribusi dana BOK untuk transportasi petugas Puskesmas dekat Rp 36.000.000, transport kader Rp 16.000.000 dan uang harian Rp 19.000.000. Distribusi Puskesmas jauh untuk transportasi petugas Rp 20.000.000 dan uang harian Rp. 1.000.000. dan distribusi dana BOK di Puskesmas darat laut transportasi petugas Rp 30.000.000, transportasi kader Rp 3.000.000 dan uang harian Rp 8.000.000.

Beberapa informan jawaban informan tentang distribusi dana BOK ini:

*“Transportasi lokal” (Q1)*

*“Transportasi” (Q2)*

*“transportasi” (Q4)*

*“Bantuan transportasi untuk kegiatan promotif dan preventif” (Q3)*

### 3. Alokasi

BOK merupakan suplemen dana bagi Puskesmas yang diarahkan untuk mendukung kegiatan kesehatan masyarakat dengan tujuan pemerataan akses dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

Anggaran kesehatan yang berasal dari APBD setelah ada BOK sebesar Rp 848.661.657.220 atau sekitar 7,23% dari total APBD tahun 2011

Keadaan ini didukung dari jawaban informan:

*“...berkurang” (Q4)*

*“...berkurang sebesar 20% pada tahun 2012 jika dibandingkan tahun 2011” (Q5)*

### 4. Mekanisme penyaluran

Mekanisme penyaluran BOK terlihat lemah dari segi legalitas tetapi ini merupakan strategi jitu untuk memberikan bantuan langsung kepada masyarakat, sehingga dana yang diterima masyarakat utuh.

Namun demikian mekanisme penyaluran dana ini, memerlukan waktu yang lama dan administrasi yang rumit, untuk itu pemahaman pengelola tentang Juknis sangat penting.

Hasil dari wawancara berkaitan dengan mekanisme pencairan dana:

*“tidak” (Q1)*

*“tidak terlalu” (Q3)*

*“tidak menyulitkan” (Q5)*

*“Lambat karena memerlukan waktu 1 bulan, untuk pengajuan dibulan berikutnya”. (Q4)*

*“Mekanisme anggaran panjang karena di verifikasi oleh KPPN”. (Q7)*

### 5. Periode penggunaan dana

Dana BOK diharapkan dapat digunakan diawal tahun sehingga kegiatan dapat segera dilaksanakan sesuai dengan perencanaan Puskesmas.

Hasil wawancara dengan informan tentang awal penggunaan dana BOK:

*“Maret 2012” (Q1)*

*“tidak, dana baru ada di Kabupaten pada Maret 2012 “(Q3)*

*“Bulan Maret, karena sosialisasi dilaksanakan pada bulan Pebruari 2012”. (Q2))*

*“Maret karena sosialisasi pada bulan Februari 2012 dan pengajuan BOK di bulan Maret 2012”(Q4)*

*“Tidak, karena kepastian anggaran selalu diterima terlambat diantara bulam Maret dan Mei”. (Q5)*

*“Agak mundur karena mengalami revisi, konsultasi ada kesalahpahaman tentang Juknis BOK”. (Q7)*



## **BAB 7**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Tujuan analisis dalam penelitian terbatas pada efektifitas dana BOK dalam mendukung peningkatan kinerja Puskesmas pada program yang menggunakan dana BOK
2. Penilaian efektifitas dana BOK diasumsikan ” *before and after*” ada BOK, dimana penilaian ini tidak memiliki Puskesmas sebagai control karena semua Puskesmas mendapat dana BOK
3. Peneliti mengambil sampel penelitian dengan berdasarkan jarak dan waktu tempuh dari Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten. Peneliti mengelompokkannya dalam tiga kategori yakni Puskesmas dekat. Sedang dan jauh. Berhubung geografis Kabupaten Bintan terdiri dari pulau-pulau dan Kabupaten Bintan memiliki wilayah terpencil maka peneliti mengelompokkan kembali Puskesmas tersebut ke dalam 3 kategori menjadi Puskesmas dekat, Puskesmas jauh dan Puskesmas darat laut. Puskesmas darat laut diharapkan dapat mewakili Puskesmas dengan jarak, waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan pada kedua jenis kendaraan yakni kendaraan darat dan kendaraan laut
4. Pengambilan data sekunder memakan waktu lama dikarenakan bendahara BOK memiliki *double job* sehingga sulit dihubungi dan melaksanakan tugas lapangan
5. Adanya pergantian bendahara BOK tingkat Puskesmas yang memerlukan pembelajaran

#### **7.2 Pembahasan Hasil Penelitian**

##### **7.2.1 Efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan**

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana dari Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu Pemerintah Daerah

Kabupaten/Kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan menuju *Millennium Development Goals* (MDGs) Bidang kesehatan Tahun 2015 melalui peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

Dana BOK pada dasarnya adalah salah satu input yang sangat esensial dan sangat mempengaruhi kinerja puskesmas. Sedangkan dana efektifitas BOK dipengaruhi beberapa faktor penting yaitu: (1) Sistem tata kelola pemerintahan dalam perspektif sentralisasi dan desentralisasi, (2) Regulasi dan *system* keuangan pemerintah, (3) Mekanisme penyaluran dana, (4) Besar (jumlah) dana BOK yang disediakan dan peruntukannya dan (5) Monitoring dan *supervise* terhadap administrasi dan manajemen BOK disemua jenjang (Gani, 2011).

#### 1. Alokasi dan realisasi

Alokasi dana BOK untuk ketiga kelompok Puskesmas yaitu Puskesmas Dekat, Jauh dan Darat laut mengalami peningkatan. Alokasi dana BOK Puskesmas Dekat, yaitu Puskesmas Kijang, Puskesmas ToaPaya dan Puskesmas Kawal meningkat Rp 8.500.000 menjadi Rp 73.500.000, sedangkan untuk Puskesmas Teluk Bintang meningkat Rp. 3.875.000 menjadi Rp 77.000.000. Alokasi dana Puskesmas Teluk Bintang lebih tinggi dengan Puskesmas Darat lainnya karena Puskesmas Teluk Bintang memiliki daerah terpencil yaitu pulau pangkil.

Ke tiga Puskesmas Jauh juga mengalami peningkatan yang sama pada alokasi dana BOK di tahun 2012, yaitu sebesar Rp 8.500.000 dari Rp 65.000.000 menjadi Rp 73.500.000.

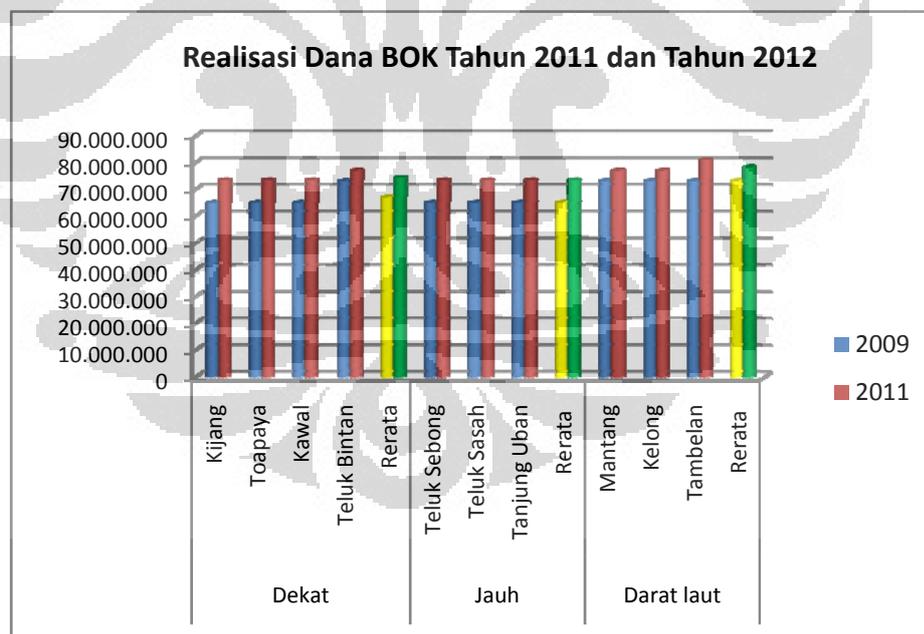
Hal yang sama juga terjadi pada Puskesmas Darat laut, yaitu Puskesmas Mantang dan Puskesmas Kelong meningkat Rp 3.875.000 menjadi Rp 77.000.000. Sedangkan untuk Puskesmas Tambelan peningkatan lebih besar dibandingkan dua Puskesmas Darat lainnya yaitu Rp 7.875.000 menjadi Rp 81.000.000 karena selain sama daerah pulau tetapi Puskesmas Tambelan masih memiliki pulau sangat terpencil yaitu Pulau Pengekek dan Pulau Pinang. Mengingat sulitnya medan dan terbatasnya transportasi, maka jika hendak ke daerah tersebut harus

menyewa kapal masyarakat sekitar atau menumpang bersama-sama penduduk Tambelan yang kebetulan hendak pergi kesana.

Rerata alokasi dari ketiga kelompok Puskesmas mengalami peningkatan yang bervariasi yaitu Puskesmas Dekat mengalami Peningkatan sebesar Rp 7.434.750 menjadi Rp 74.375.750, sedangkan untuk Puskesmas Jauh mengalami peningkatan sebesar Rp 8.500.000 menjadi Rp 73.500.000. peningkatan ini sama dengan peningkatan per Puskesmas Jauh karena jumlah alokasi dana BOK ketiga Puskesmas ini juga sama.

Rerata dana alokasi untuk Puskesmas Darat laut mengalami peningkatan dibawah peningkatan Puskesmas Dekat dan Puskesmas jauh yaitu Rp 5.208.333 menjadi Rp 78.333.333 di tahun 2012. Berikut Diagram Alokasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011 dan tahun 2012.

Diagram 7.1 Alokasi Dana BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011



Sumber: Seksi Yankes Dinkes Bintan Tahun 2012

Besaran alokasi dana BOK setiap Puskesmas ditetapkan dengan memperhatikan situasi dan kondisi antara lain: jumlah penduduk, luas wilayah, kondisi geografis, kesulitan wilayah, cakupan program, jumlah

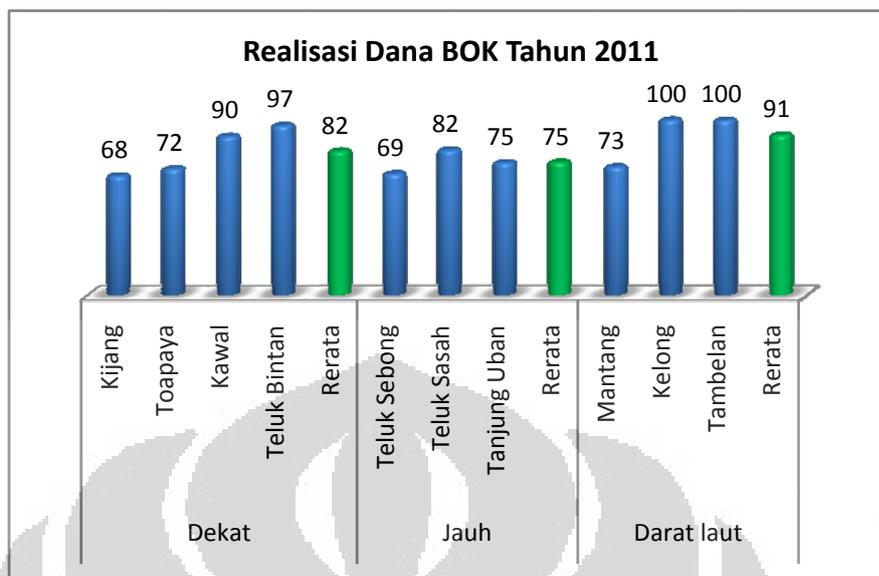
tenaga kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, jumlah Poskesdes dan Posyandu dan parameter lain yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan kearifan local.

Adapun realisasi dana BOK Tahun 2011 tidak dapat dibandingkan dengan realisasi dana BOK Tahun 2012 karena pada saat penelitian program dana BOK masih berlangsung.

Adapun Realisasi dana BOK di Puskesmas Darat, dari Rp 65.000.000 dana BOK yang dialokasikan untuk ketia Puskesmas Darat dengan penyerapan yang bervariasi yakni: Puskesmas Kijang, dana BOK terserap 68%, Puskesmas Toapaya, dana BOK terserap 72%, Puskesmas Kawal, dana BOK yang terserap 90% dan Puskesmas Teluk Bintang dari Rp 73.125.000 dana BOK yang terserap 97%. Kemudian dana BOK yang diserap Puskesmas Jauh, yakni: Puskesmas Teluk Sebong, terserap 69%, Puskesmas Teluk Sasah 82% dan Puskesmas Tanjung Uban 75% dari Rp 65.000.000 dana yang dialokasikan. Sedangkan penyerapan untuk Puskesmas Darat laut, yaitu dari Rp 73.125.000 dana BOK yang dialokasikan, dana BOK yang terserap Puskesmas Mantang 73%, Puskesmas Kelong 100% dan Puskesmas Tambelan 100%.

Rerata penyerapan Puskesmas Dekat 82%, Puskesmas Jauh 75% dan puskesmas Darat laut 93.53%, secara keseluruhan penyerapan dana BOK di Kabupaten Bintan baik, diatas rerata penyerapan Nasional yaitu 69% (kemenkes, 2011). Berikut diagram realisasi BOK di Kabupaten Bintan Tahun 2011.

Diagram 7.2 Realisasi Dana BOK di Kabupaten Bintang Tahun 2011



Sumber: Seksi Yankes Dinkes Bintang Tahun 2012

## 2. Pencapaian upaya kesehatan

Dari perbandingan pencapaian cakupan beberapa program kesehatan masyarakat yang dibiayai BOK dapat dibuat rekapitulasi sebelum dan sesudah yang ditampilkan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 7.1 Rekapitulasi Rerata Cakupan Upaya Kesehatan di Kabupaten Tahun 2009 dan Tahun 2011

No	Indikator	Rerata Puskesmas					
		Dekat		Jauh		Darat laut	
		2009	2011	2009	2011	2009	2011
1	Kunjungan Ibu Hamil (K4) (90%)	96,1%	92%	86,4%	96,6%	95,4%	105,3%
2	Kunjungan Bayi (90%)	102,3%	98,6%	87,6%	98,4%	96,9%	97,5%
3	Peserta KB aktif (70%)	84,1%	77,4%	44,6%	65,8%	65,5%	92,3%
4	Desa UCI (100%)	93,8%	100%	93,3%	100%	91,7%	100%
5	MP ASI pada anak 6-24 bulan (100%)	75%	100%	66,7%	100%	33,3%	100%
6	Penjaringan Siswa SD (100%)	98,1%	97,9%	81,4%	98,2%	90,1%	96,1%

Sumber: Profil Kesehatan Bintang Tahun 2009 dan Tahun 2011

Dari rekapitulasi rerata program pelayanan kesehatan masyarakat yang dibiayai BOK dapat dilihat hasil sebagai berikut:

- a. Kunjungan pelayanan ibu hamil (K4)

Pencapaian Puskesmas Dekat mengalami penurunan cakupan kunjungan ibu hamil sebesar 4,1% tetapi pada Puskesmas Jauh dan Puskesmas Darat laut mengalami peningkatan cakupan masing-masing 102% dan 9,9%.

b. Kunjungan bayi

Kunjungan bayi pada Puskesmas Dekat mengalami penurunan sebesar 3,7%, sedangkan untuk Puskesmas Jauh dan Puskesmas Darat laut mengalami peningkatan masing-masing sebesar 10,8% dan 0,6%.

c. Peserta KB Aktif

Pencapaian cakupan peserta KB Aktif pada Puskesmas Dekat menurun sebesar 6,7%, cakupan peserta KB Aktif meningkat pada Puskesmas Laut dan Puskesmas Darat laut sebesar 21,2% dan 26,8%.

d. Desa UCI

Semua kelompok Puskesmas mengalami peningkatan cakupan Desa UCI yaitu Puskesmas Dekat meningkat 6,2%, Puskesmas Jauh 6,7% dan Puskesmas Darat laut 8,3%.

e. MP ASI pada Anak 6-24 bulan

Masing-masing kelompok Puskesmas mengalami peningkatan cakupan pemberian MP ASI pada anak 6-24 bulan. Puskesmas Dekat meningkat sebesar 25%, Puskesmas Jauh 33,3% dan Puskesmas Darat laut sebesar 66,7%.

f. Penjaringan kesehatan siswa SD sederajat

Penurunan cakupan penjaringan kesehatan pada siswa SD sederajat di kelompok Puskesmas Dekat sebesar 0,2%, tetapi pada kelompok Puskesmas Jauh dan Puskesmas Darat laut meningkat masing-masing sebesar 16,8% dan 6%.

Disamping itu, uang lumpsum untuk perjalanan program Puskesmas Jauh dan Darat laut cukup besar sedangkan lumpsum uang perjalanan ke Puskesmas Dekat kecil sehingga pegawai Puskesmas kurang tertarik untuk melaksanakan kegiatan tersebut.

Menurut Hidayat (1986), efektifitas adalah suatu ukuran yang menyatakan seberapa jauh target (kuantitas, kualitas dan waktu) telah

tercapai. Dimana semakin besar persentase target yang dicapai, makin tinggi efektifitasnya.

Penilaian efektifitas alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk program prioritas ada 2 cara, yaitu: (1) Efektifitas realisasi anggaran yaitu dilihat dari seberapa besar daya serap program terhadap dana yang disediakan, (2) Efektifitas capaian program yaitu bila dana terserap dengan baik, program terlaksana dan kinerja meningkat atau mendekati cakupan yang telah ditentukan.

### **7.2.2 Sumber daya Manusia**

Sumberdaya manusia merupakan faktor utama dalam menjalankan upaya untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Sumberdaya manusia yang berkualitas sangat diharapkan dan dibutuhkan guna menunjang program-program kesehatan khususnya kesehatan masyarakat dapat berjalan dengan baik.

Sumberdaya manusia adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan (Depkes, 2009).

#### **1. Jumlah tenaga pengelola**

Pengelola BOK dipisahkan dengan pengelola dana APBN lainnya seperti Jamkesmas dan Jampersal dengan tujuan untuk mengurangi beban kerja dan kebingungan dalam pemahaman Juknis serta diharapkan lebih optimal dalam perencanaan penggunaan dana BOK.

Pembentukan pengelola BOK baik tingkat Puskesmas maupun Satuan Kerja (Satker) di Kabupaten melalui SK yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Bintang kemudian Kepala Puskesmas membuat SK pengelola berdasarkan SK tersebut. Sedangkan pencatatan dan pelaporan dana BOK berpedoman Standar Akutansi Kesehatan (SAK).

Berdasarkan hasil wawancara bahwa pengelola BOK Puskesmas memiliki fungsi ganda yakni sebagai manajemen dan juga sebagai pemberi pelayanan

kesehatan. Tentu hal ini akan mempengaruhi kinerja pengelola dan memicu tingkat stress (kebingungan) didalam pemanfaatan dana BOK.

## 2. Pemahaman administrasi keuangan

Kemampuan pengelola BOK dalam melakukan pencatatan dan pelaporan dana BOK dan menyajikannya dalam bentuk informasi yang berguna bagi satuan kerja Kabupaten dan Puskesmas. Kegiatan pencatatan dan pelaporan dimulai dari pengusulan, pencairan dan penggunaan dana BOK.

Dari hasil wawancara diperoleh bahwa masih ditemukannya keluhan bahwa administrasi BOK yang rumit dan terbatasnya pembinaan dari Kabupaten terhadap pengelola Puskesmas.

Pengetahuan adalah keseluruhan kognisi dan keterampilan oleh manusia untuk memecahkan masalah (Probst, Raub dan Romhard dalam Munir, 2008).

## 3. Persepsi pengelola tentang juknis

Dari hasil wawancara bahwa Juknis BOK 2012 lebih jelas dan lebih mudah dipahami oleh pengelola BOK bila dibandingkan dengan Juknis BOK 2011.

Pemahaman pengelola terhadap petunjuk sangat mempengaruhi keberhasilan BOK, sehingga pemahaman tentang juknis merupakan keharusan bagi pengelola.

### 7.2.3 Keadaan Geografis

Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa BOK sangat bermanfaat dalam kegiatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil yang memerlukan cost yang tinggi, waktu tempuh yang lama, jarak yang jauh serta terbatasnya transportasi. Dengan adanya BOK, tidak ada lagi wilayah kerja yang tidak tersentuh oleh pelayanan kesehatan.

Jarak ke fasilitas non UKBM adalah faktor paling dominan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar setelah dikontrol dengan variabel pendidikan ibu, waktu tempuh ke fasilitas UKBM waktu

tempuh ke fasilitas non UKBM dan pengeluaran rumah tangga (Mardiah, 2000).

Penelitian Sabardianto (2008) menyebutkan bahwa waktu tempuh menuju Puskesmas berpengaruh terhadap pemanfaatan Puskesmas di tinjau dari frekuensi berkunjung antara pengguna jasa yang waktu tempuhnya cepat dan pengguna jasa yang waktu tempuhnya lama

Aday et all (1980) dalam Suryani mengatakan aksesibilitas ke sarana kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, kemudahan dalam mencapai sarana kesehatan karena adanya sarana transportasi yang memadai dengan biaya yang terjangkau.

#### 7.2.4 Bantuan Operasional Kesehatan

##### 1. Peruntukkan

Sesuai dengan Juknis BOK 2012 bahwa dana BOK dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat, tidak hanya terfokus kepada *basic six* tetapi juga dapat digunakan untuk kegiatan pengembangan seperti kesehatan remaja, kesehatan lansia, kesehatan jiwa dan lain-lainya sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masalah kesehatan yang dihadapi.

Selama ini dana BOK tidak hanya diperuntukkan kegiatan *basic six* tetapi juga dapat digunakan untuk kegiatan pengembangan seperti kesehatan remaja, kesehatan jiwa, kesehatan lansia dan lain-lain.

Saat ini dana BOK digunakan untuk kegiatan kesehatan lingkungan sehingga tidak sesuai dengan tujuan percepatan MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu, menurunkan angka kematian balita dan mencegah penyakit menular.

BOK digunakan untuk kegiatan Puskesmas dan jaringannya serta mendukung kegiatan Posyandu dan Poskesdes dalam rangka upaya pelaksanaan upaya kesehatan, utamanya promotif dan preventif (Kemenkes, 2011).

Hasil survey monev BOK, staff Puskesmas menyarankan agar jenis upaya kesehatan ditambah dengan: Kesehatan Lansia, UKS, Kesehatan Jiwa dan Kesehatan Remaja (Kemenkes, 2011).

Sebagian besar Puskesmas (52,6%) menyatakan bahwa dana BOK yang diberikan terlalu kecil (Kemenkes, 2011).

Tujuan dana BOK untuk percepatan pencapaian MDGs yaitu peningkatan kesehatan ibu, penurunan angka kematian balita dan pencegahan penyakit menular. Selama ini, kabupaten Bintan dana BOK lebih besar penggunaannya pada program kesehatan lingkungan. Sedangkan untuk dana Kesehatan Ibu, Balita dan Pencegahan penyakit menular sedikit. Hal ini tidak sesuai dengan tujuan awal dana BOK.

## 2. Distribusi

Bantuan Operasional Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kinerja Puskesmas melalui kegiatan pelayanan kesehatan dasar dan kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Dari hasil wawancara sebagian besar dana BOK digunakan untuk transportasi, sesuai dengan namanya Bantuan Operasional yang berarti dana yang disediakan untuk menunjang kegiatan luar gedung di Puskesmas.

Dari 20,3 juta belanja untuk KIA, 52,7% digunakan untuk biaya transport petugas dan 19,2% untuk transport kader, (Kemenkes, 2011).

## 3. Alokasi kesehatan

BOK merupakan suplemen dana bagi Puskesmas yang diarahkan untuk mendukung kegiatan kesehatan masyarakat dengan tujuan pemerataan akses dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

Dengan adanya BOK, anggaran kesehatan dari APBD mengalami pengurangan 0,04% dari Total anggaran APBD di tahun 2011.

Seharusnya dengan adanya dana BOK, alokasi anggaran untuk kesehatan tidak berubah melainkan bertambah.

Sumber dana untuk pembangunan kesehatan terdiri dari: 1) Pemerintah Pusat (APBN) yang disalurkan dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan 2) APBD yang bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang berasal dari Pajak atau Penghasilan Badan Usaha Milik Daerah serta 3) Bantuan Luar Negeri dapat berupa hibah (*grant*) atau

pinjaman (*loan*) untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan (UU No 23 dan 25 Tahun 1999).

Besarnya alokasi kesehatan sangat erat hubungannya dengan visi, misi, rencana strategis dan tujuan pembangunan daerah (Gani, 2003) dalam Dasmauli (2006).

BOK bukan merupakan dana utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Kabupaten/Kota. Dengan adanya BOK Peemda tidak mengurangi tidak mengurangi anggaran yang sudah di alokasikan untuk operasional Puskesmas dan tetap berkewajiban menyediakan dana operasional yang tidak terbiayai melalui BOK (Kemenkes, 2011).

#### 4. Mekanisme penyaluran

Mekanisme penyaluran dana BOK dengan TP agar dana langsung diterima oleh Puskesmas, jika dana tersebut masuk dalam kas daerah maka akan dipotong oleh daerah dan susah untuk mengontrolnya.

Di Kabupaten Bintan meskipun mekanisme TP memerlukan waktu yang lama dan terlalu rumit dalam administrasi tetapi tidak mengganggu kegiatan rutin Puskesmas.

Keadaan ini sesuai dengan juknis bahwa mekanisme TP tidak mengganggu proses kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat di Puskesmas.

Dana Tugas Pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN Kementerian Kesehatan mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka Tugas Pembantuan, yang disalurkan oleh Pemerintah kepada Pemerintah Daerah (Kemenkes, 2011).

Mekanisme realisasi anggaran BOK melalui KPPN adalah Tugas Pembantuan (TP), umumnya tidak mengganggu pengelola Kabupaten/Kota (Kemenkes, 2011).

#### 5. Periode penggunaan dana

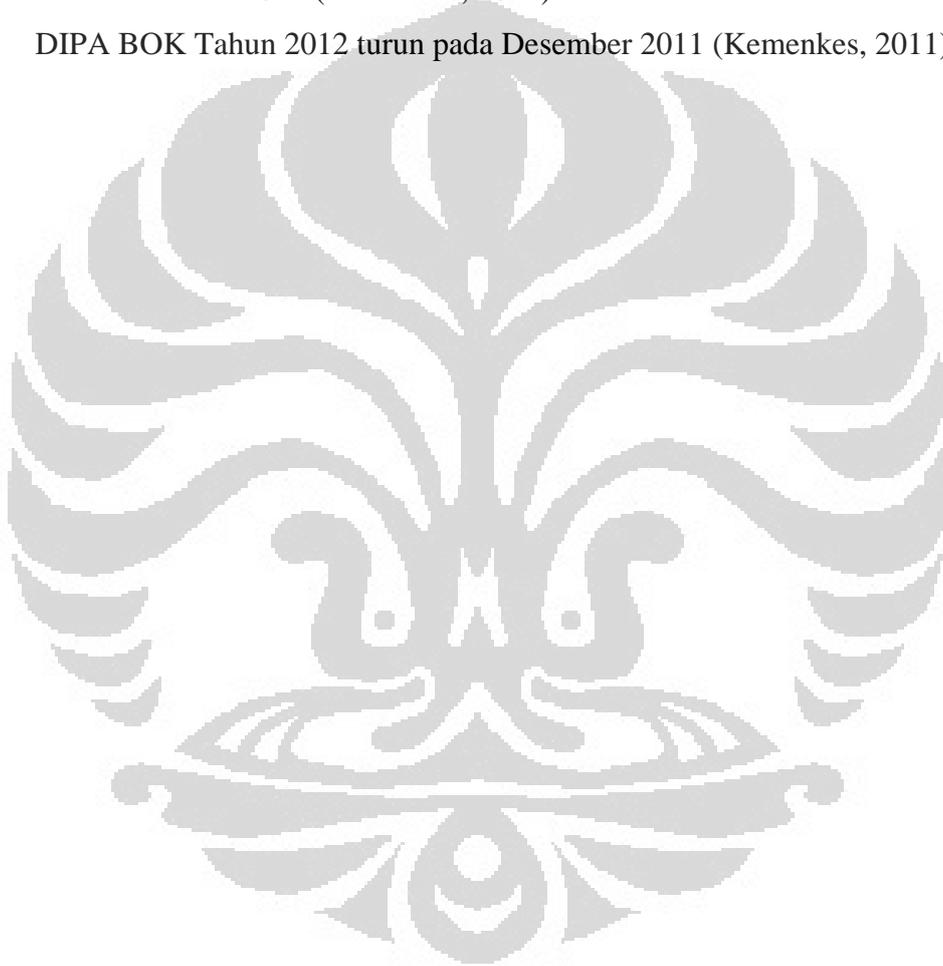
Dana BOK diharapkan dapat di gunakan diawal tahun sehingga dana BOK dapat dimanfaatkan dengan maksimal untuk kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Di Kabupaten Bima dana BOK tahun 2012 , tidak digunakan diawal tahun karena sosialisasi BOK tahun 2012 pada bulan Pebruari sehingga pengusulan dan pencairan di bulan Maret 2012.

Keadaan ini tidak sesuai dengan harapan yaitu dana BOK tahun 2012 sudah dapat digunakan pada awal tahun karena DIPA 2012 sudah diberikan kepada Kabupaten/Kota di akhir tahun 2011.

Dana BOK berlaku selama satu tahun anggaran dan dapat dimanfaatkan mulai 1 Januari 2012 (Kemenkes, 2011).

DIPA BOK Tahun 2012 turun pada Desember 2011 (Kemenkes, 2011).



## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Bintan Tahun 2011 dan Tahun 2012 dapat ditarik kesimpulan bahwa pelaksanaan BOK di Kabupaten Bintan belum efektif. Kesimpulan ini berdasarkan temuan dalam penelitian yaitu:

1. Pegawai masih berorientasi kepada uang perjalanan karena itu pencapaian program di Puskesmas terdekat tidak tercapai
2. Penggunaan dana BOK untuk kegiatan diluar tujuan MDGs cukup besar sehingga program yang menjadi tujuan MDGs memperoleh dana yang kecil
3. Dengan adanya dana BOK, anggaran kesehatan dari APBD menurun
4. Terlambatnya sosialisasi BOK ke Puskesmas-puskesmas sehingga penyerapan dana BOK tidak bisa dilakukan pada awal tahun sesuai amanat dalam juknis

Sedangkan faktor pendukung efektifitas Bantuan Operasional Kesehatan adalah:

1. Mekanisme penyaluran dana BOK dengan Tugas Pembantuan (TP) tidak menghambat kegiatan rutin kesehatan masyarakat di Puskesmas
2. Sebagian besar dana BOK untuk program percepatan MDGs digunakan untuk transportasi
3. Terincinya dengan jelas tentang upaya-upaya kegiatan yang dibiayai BOK dalam Juknis BOK tahun 2012
4. Dengan BOK daerah-daerah terpencil di Kepulauan Riau sudah dapat dikunjungi secara terjadwal

## 7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian saran yang diberikan adalah:

1. Melaksanakan Advokasi anggaran kesehatan kepada legislatif dan yudikatif agar terus ditingkatkan
2. Melaksanakan pengawasan dan evaluasi terhadap kinerja program yang dibiayai BOK dengan teliti dan berkesinambungan
3. Meningkatkan pembinaan ke lapangan untuk memaksimalkan pencapaian MDGs
4. Melakukan analisis terhadap faktor penghambat untuk menemukan solusi guna perbaikan pemanfaatan BOK di tahun yang akan datang



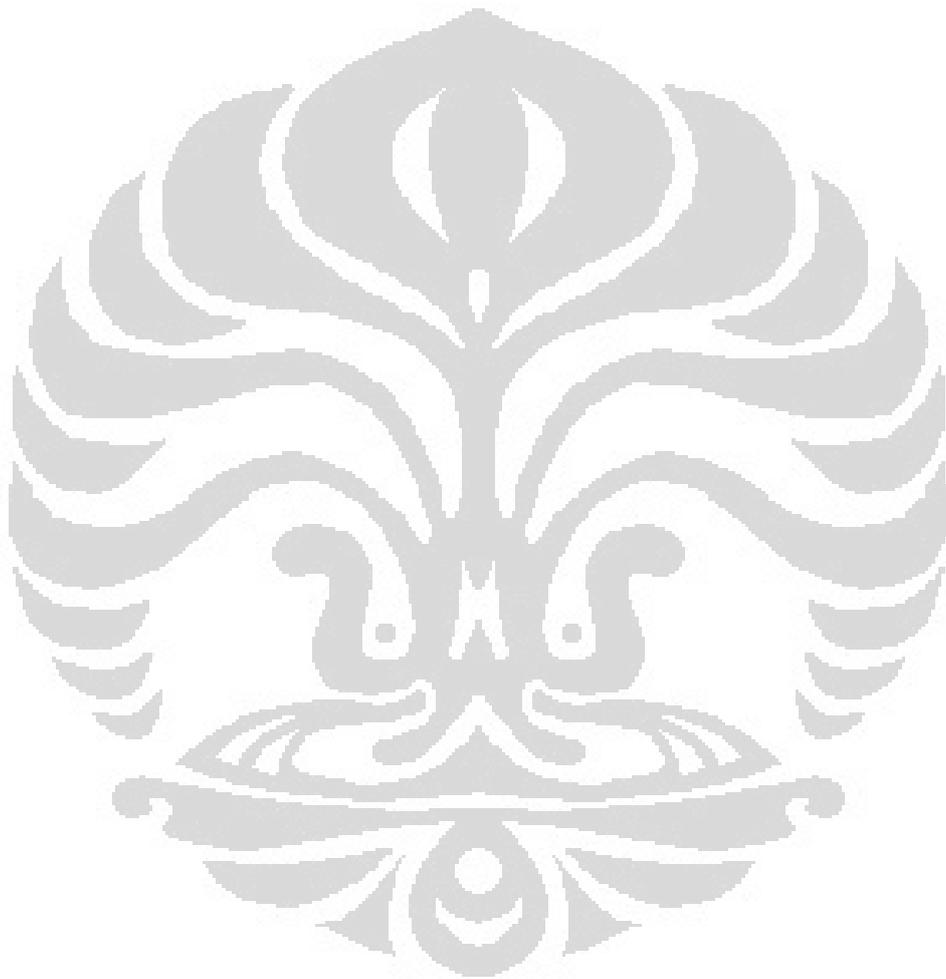
## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi III*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Balitbangkes\_Depkes RI. (2009). *Laporan Hasil Riskesdas Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Balitbangkes\_Kemenkes RI. (2011). *Laporan Hasil Riskesdas Tahun 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bappenas RI. (2009). *Pencapaian Sebuah Perubahan; Evaluasi 4 Tahun Pelaksanaan RPJMN 2004-2009*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bappenas RI. (2010). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Chairul Wisal, Teuku. (2011). *Kesehatan Masyarakat Investasi Manusia Menuju Indonesia sehat Sejahtera*. Jakarta: Republika.
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT, Volume 3*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Depkes RI.
- Damairini, Dian. (2006). *Analisis Pelayanan Kesehatan Unit Swadana Daerah (Studi Kasus di Puskesmas Kecamatan keramat Jati Kotamadya Jakarta Timur)*. Bandung: Pasca Sarjana IPB.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan. (2009). *Profil Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2010*. Tanjungpinang: Dinkes Bintan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan. (2010). *Profil Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2010*. Tanjungpinang: Dinkes Bintan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan. (2011). *Profil Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2010*. Tanjungpinang: Dinkes Bintan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan. (2012). *Pertemuan Perencanaan Sosialisasi BOK Tahun 2012*. Tanjungpinang: Dinkes Bintan.

- Green, L. (1980). *Health Education Planning a Diagnostik Approach*. The John Hopkins University: Myfield Publishing Co.
- Handoko, T. Hani. (2003). *Manajemen Edisi 2*. Yogyakarta, BPFE.
- Ilyas, Yaslis. (2002). *Kinerja; Teori, Penilaian dan Penelitian*. Depok: Pusat kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Ijanto, Sandi, (2010). *Indeks Fungsi Puskesmas*. Depok: Bahan Kuliah *Evidence Based*, Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM UI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Permenkes Nomor 2556/MENKES/PER/XII/2011 Tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan Tahun 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Permenkes Nomor 2494/MENKES/PER/XII/2011 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Tahun Anggaran 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Keuangan RI. (2010). *Peraturan Menteri Keuangan Nomor 245/PMK.07/2010 Tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah*. Jakarta: Kemenkeu RI.
- Muninjaya, A. A. Gde. (2004). *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Mardiah, N. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Immunisasi Dasar di Provinsi Kalimantan Barat*. Depok: Pasca Sarjana FKM UI.
- Martha, Evi. (2011). *Model "Pelatihan Peduli Dukun Bayi" Untuk Meningkatkan Potensi Sebagai Agent Agent of Change Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Kabupaten Bogor*. Depok, Disertasi, FKM UI.
- Nadjib, M. (1999). *Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia*. Disertasi Program IKM. Depok: Pasca Sarjana FKM UI.
- Notoatmodjo, Seokidjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Seokidjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Seokidjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Priyo Hastomo, Sutanto. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

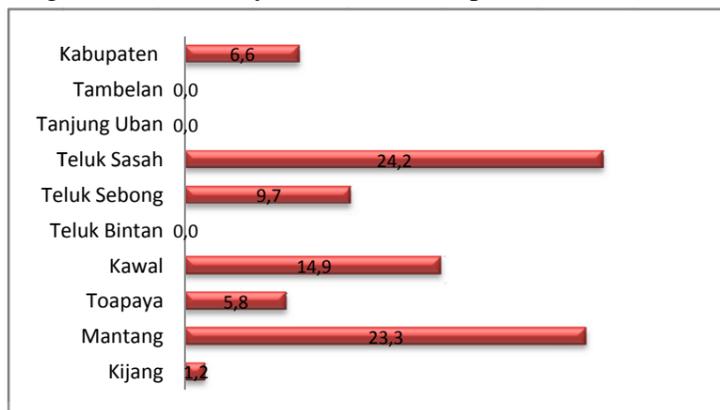
- P. Siagian, Sondang, MPA. Prof. dr. (1989) *Fungsi-fungsi Manajerial*. Jakarta, Bina Aksara.
- P. Siagian, Sondang, MPA. Prof, dr. (2007). *Manajemen Strategik*. Jakarta, Bumi Aksara.
- Poltak Sinambela, Lijan et. all. (2006). *Reformasi Pelayanan Publik: Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta, Bumi Aksara.
- PKEK FKM UI dan Setditjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI. (2011). *Laporan Hasil Studi Pengembangan Sistem Monitoring dan Evaluasi BOK*. Depok: PKEK FKM UI.
- Romli, Lili. (2007). *Potret Otonomi Daerah dan Wakil Rakyat di Tingkat Lokal*. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofian. (1998). *Metode Peneitian Survai, Edisi Revisi*. Jakarta: LP3ES.
- Sabri, luknis dan Priyo Hastomo, Sutanto. (2007). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Sutisna Sulaeman, Endang. (2009). *Manajemen Kesehatan; Teori dan Praktik di Puskesmas*.
- Santoso, Heru dan Malina Malik, Nor. (2011). *Penilaian Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Wilayah Sumatera Utara*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Volume 14, Nomor 1 Maret 2011.
- Surya Darmawan, Ede. (2011). *Hubungan Kapasitas Organisasi Puskesmas Dengan Kinerja Pemberdayaan Masyarakat di Kota Depok dan Jakarta Selatan*. Depok, Disertasi IKM UI.
- Trihandini, Indang. (.....). *Manajemen Puskesmas Untuk Menjawab Tantangan Reformasi Puskesmas*. Depok: FKM UI.
- Universitas Indonesia. (2008). *Keputusan Rektor Nomor 628/SK/R/UI/2008 Tentang Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok: Universitas Indonesia.
- Watik Pratiknya, Ahmad. (2008). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafinda Persada.
- Yuliah. (2001). *Pemanfaatan Puskesmas Ditinjau Dari Aspek Pengguna Jasa, Aspek Penyelenggara dan Aspek Pendukung di Puskesmas Pasar Kemis Kabupaten Tangerang Tahun 2001*. Depok: Pasca Sarjana IKM UI.
- <http://www.bppsdmk.depkes.go>. *Tantangan Pembangunan Kesehatan Tahun 2011*. Download tanggal 30 April 2012

<http://www.mlscib.com>. *Pengertian Efektifitas*. Download tanggal 7 Juli 2012



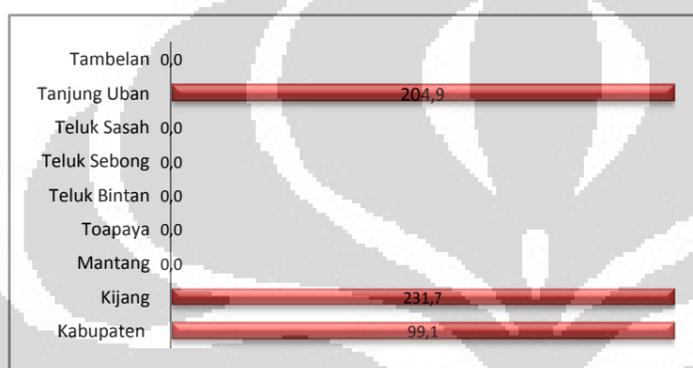
**CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2009**  
**SEBELUM BOK**

Diagram 1. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bintan Tahun 2009



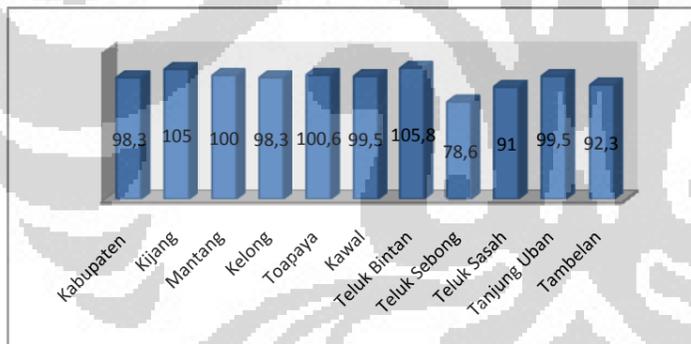
Sumber: Profil Dinkes Bintan Tahun 2009

Diagram 2. Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bintan Tahun 2009



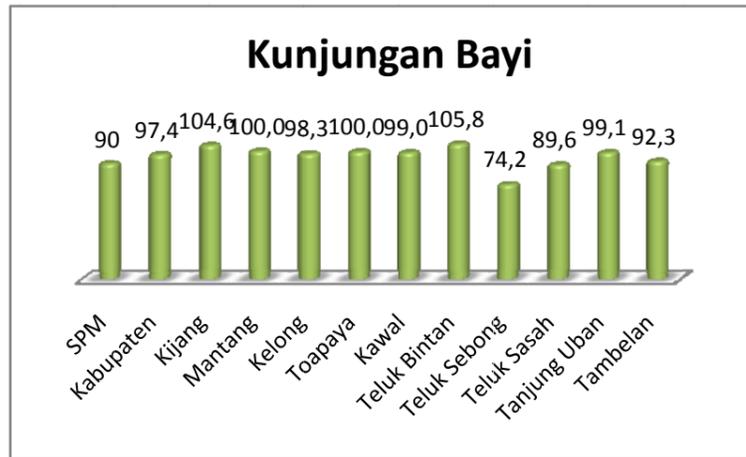
Sumber: Profil Dinkes Bintan Tahun 2009

Diagram 3. Persentase Kunjungan Neonatus di Kabupaten Bintan Tahun 2009



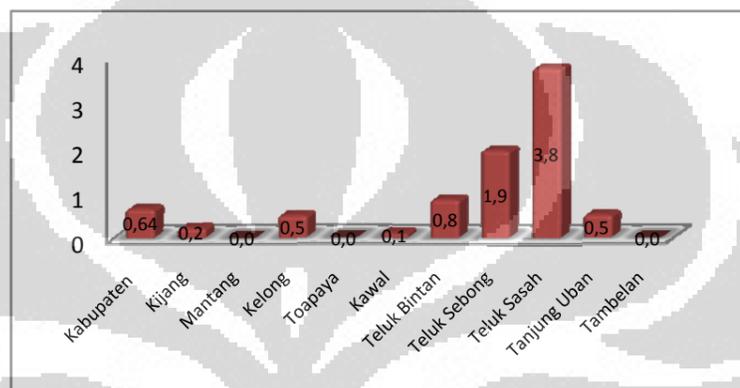
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

Grafik 5.4 Persentase Kunjungan Bayi di Kabupaten Bintan Tahun 2009



Sumber: Profil Kesehatan Bintan Tahun 2011

Diagram 4. Persentase Gizi Buruk Per Puskesmas di Kabupaten Bintan Tahun 2009



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

Diagram 5. Persentase Kunjungan Ibu Hamil di Kabupaten Bintan Tahun 2009

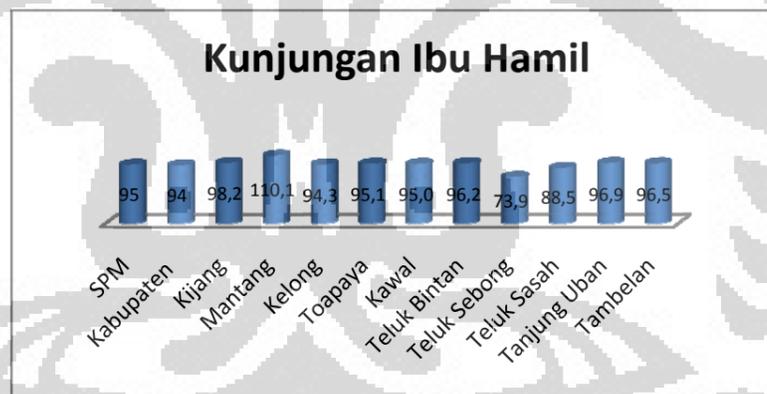
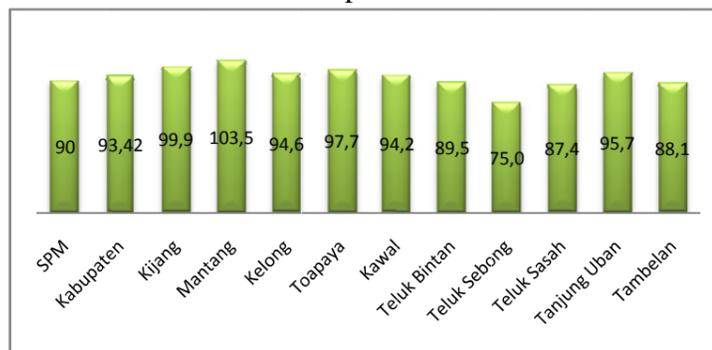
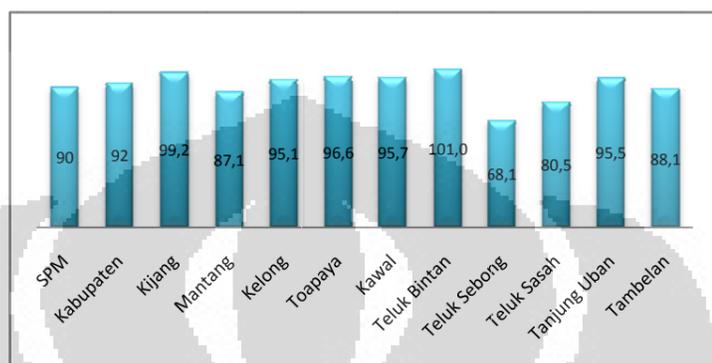


Diagram 7. Persentase Linakes di Kabupaten Bintan Tahun 2009



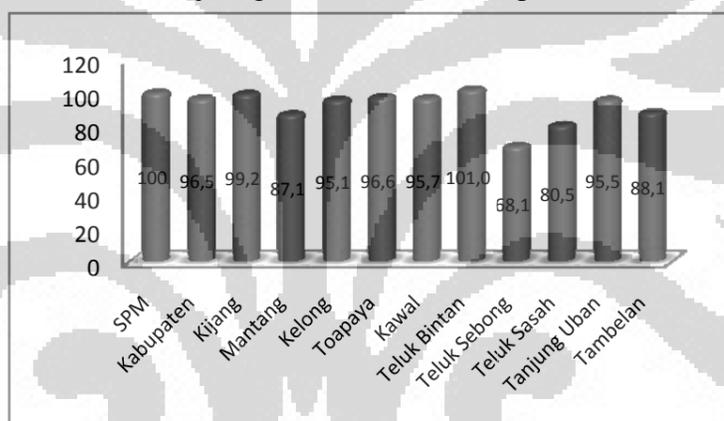
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

Diagram 8. Persentase Pelayanan Ibu Nifas di Kabupaten Bintan Tahun 2009



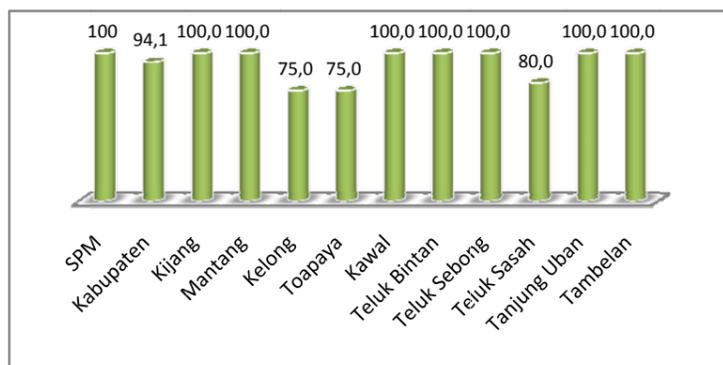
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

Diagram 9. Persentase Penjaringan siswa SD di Kabupaten Bintan Tahun 2009



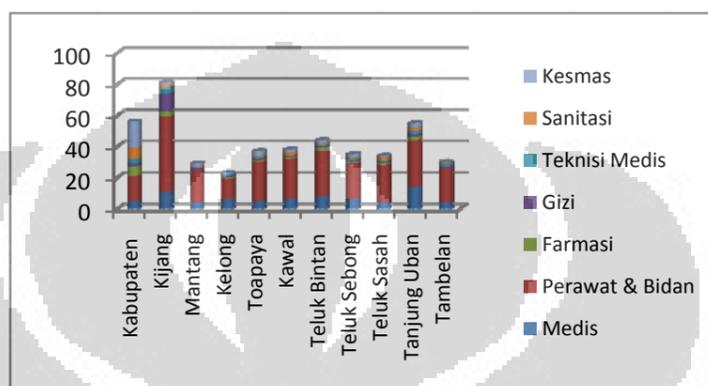
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

Diagram 10. Persentase Desa UCI Menurut Kecamatan di Kabupaten Bintan Tahun 2009



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

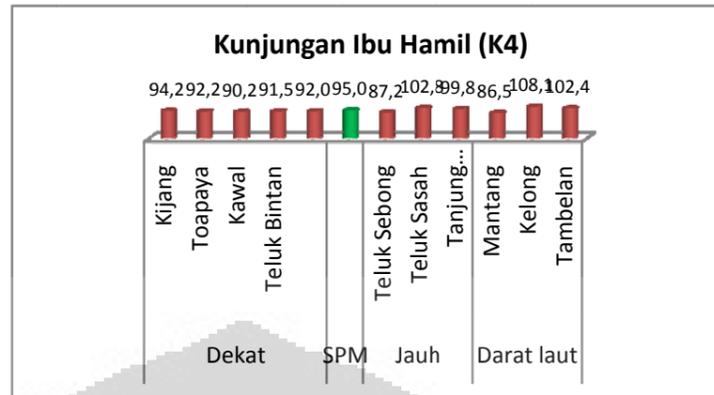
Diagram 11. Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bintan Tahun 2009



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2009

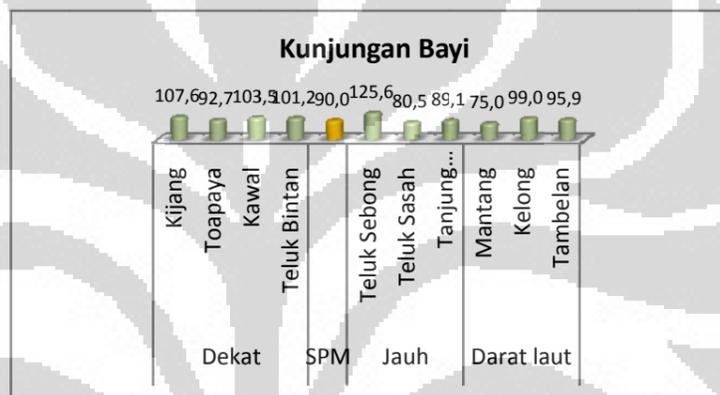
**CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN TAHUN 2011  
SESUDAH BOK**

Diagram 1 Pencapaian Kunjungan Ibu Hamil (K4) di Kabupaten Bintan Tahun 2011



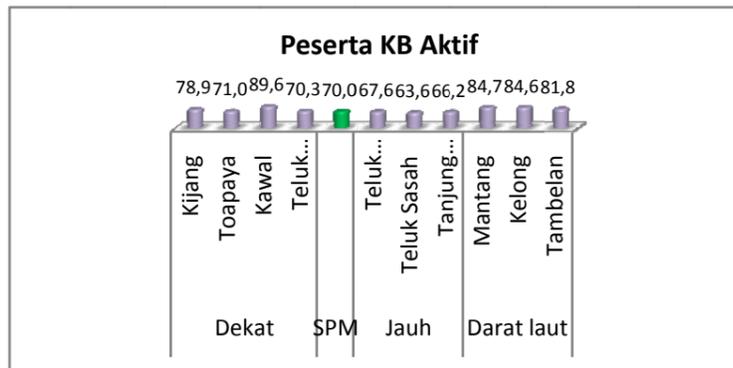
*Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011*

Diagram 2 Pencapaian Kunjungan Bayi di Kabupaten Bintan Tahun 2011



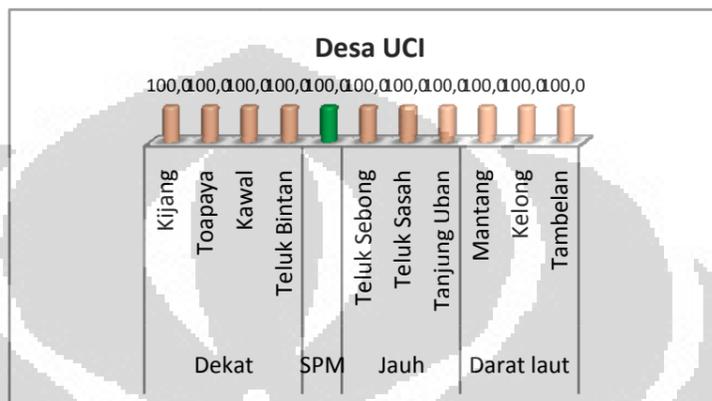
*Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011*

Diagram 3 Pencapaian Peserta KB Aktif di Kabupaten Bintan Tahun 2011



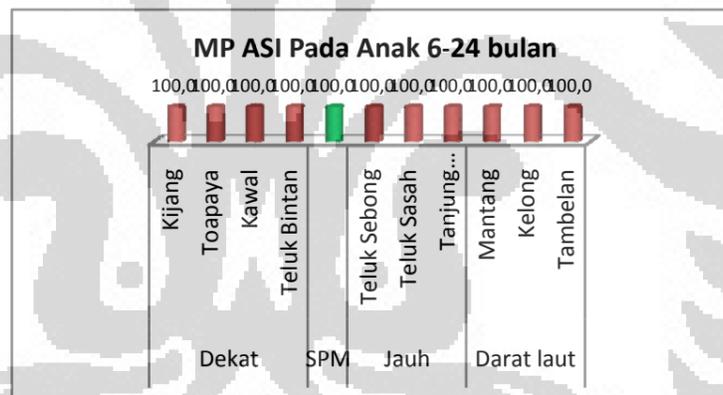
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011

Diagram 4 Pencapaian Desa UCI di Kabupaten Bintan Tahun 2011



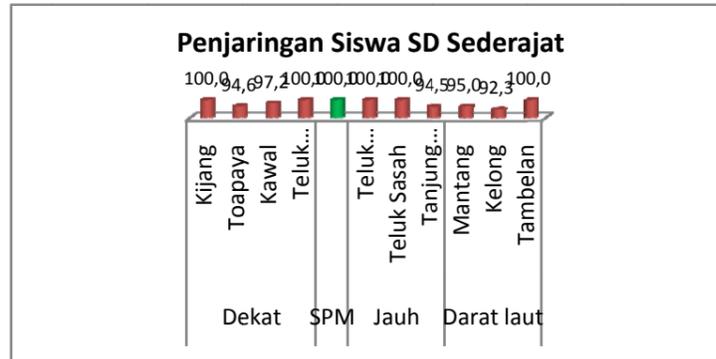
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011

Diagram 5 Pencapaian Pemberian MP ASI Pada Anak 6-24 Bulan di Kabupaten Bintan Tahun 2011



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011

Diagram 6 Pencapaian Penjaringan SD Sederajat di Kabupaten Bintan Tahun 2011



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Bintan Tahun 2011

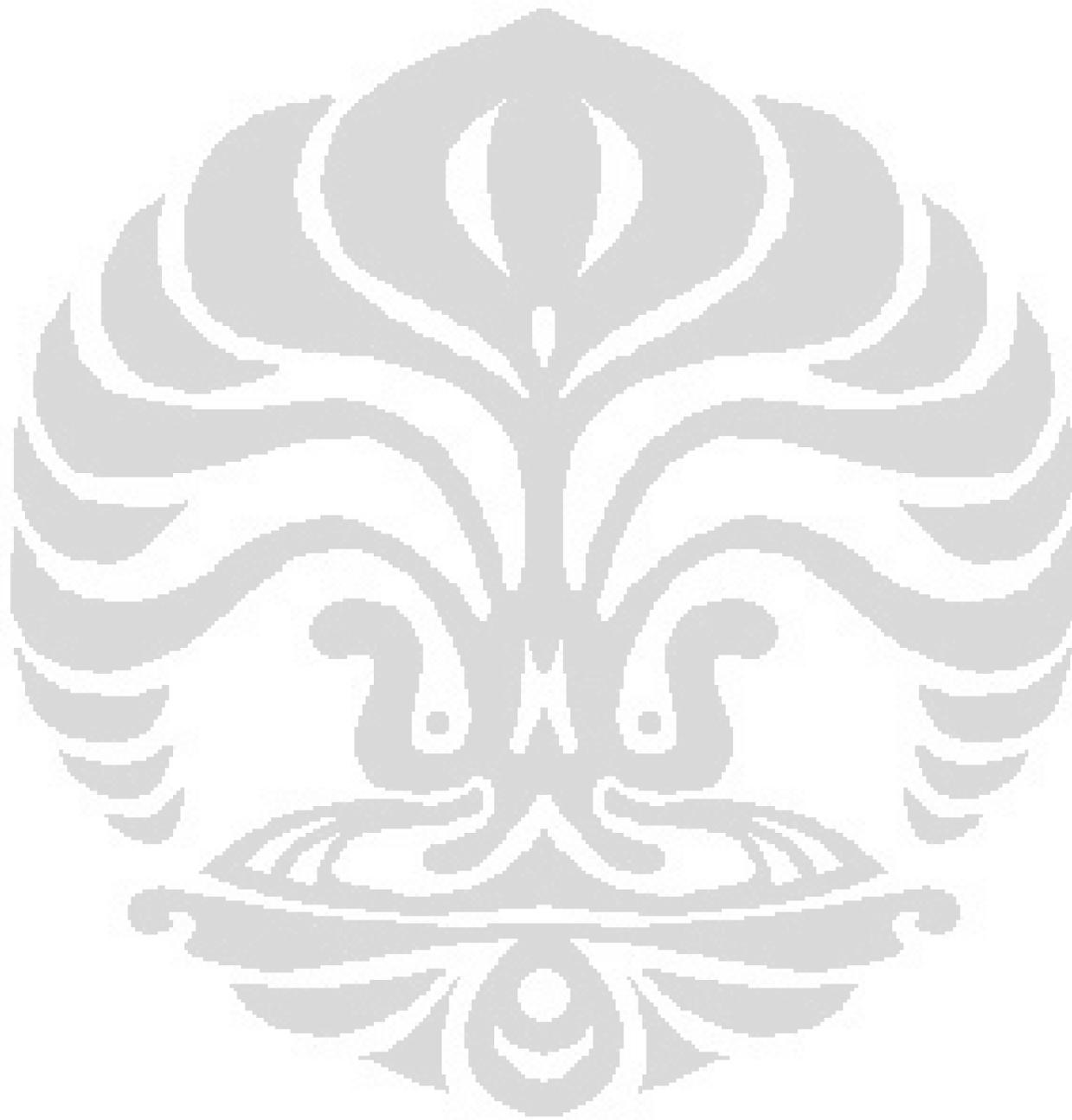
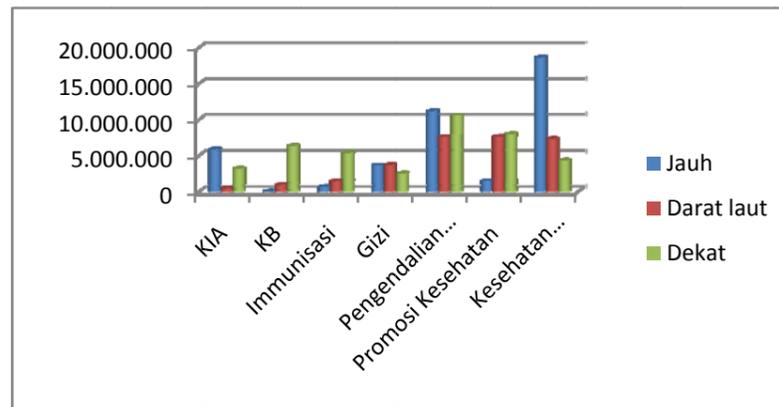
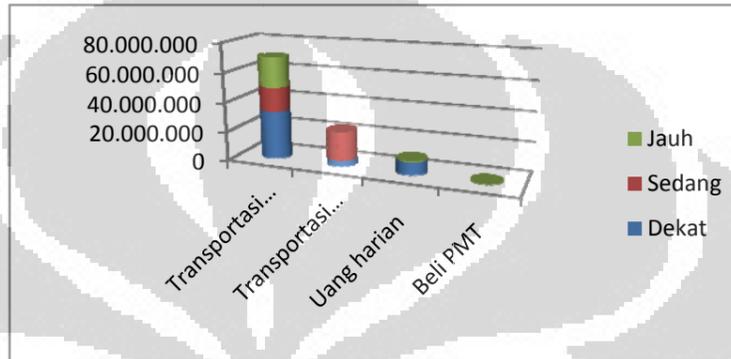


Diagram 7 Peruntukkan BOK Tingkat Puskesmas di Kabupaten Bintang Tahun 2011 dan 2012



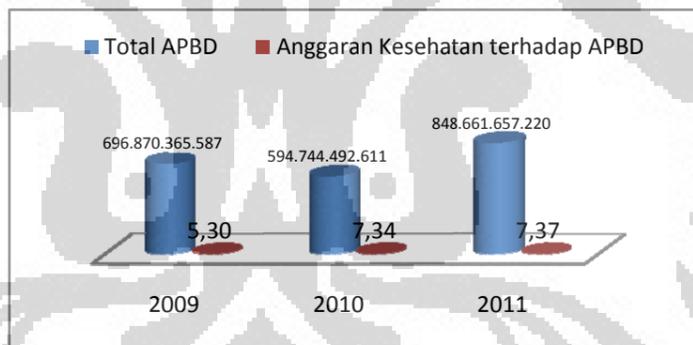
Sumber: Data Pemanfaatan BOK Tahun 2011 dan 2012

Diagram 8 Distribusi Dana BOK Tingkat Puskesmas di Kabupaten Bintang Tahun 2011 dan 2012



Sumber: Data Pemanfaatan BOK Tahun 2011 dan 2012

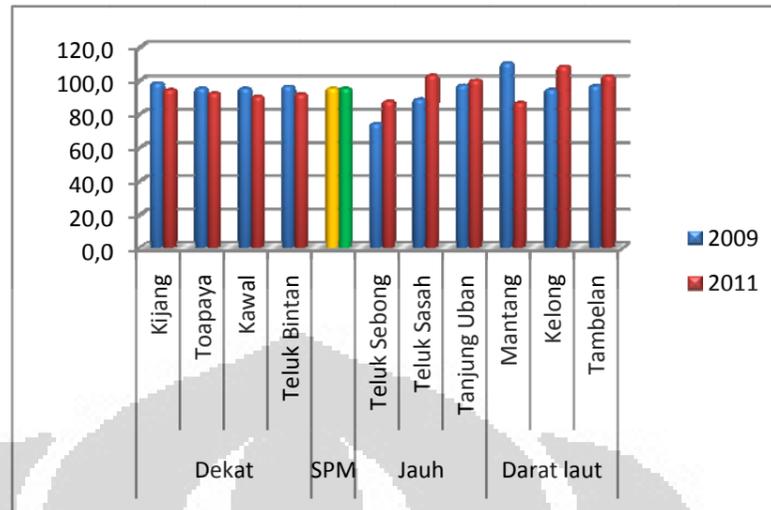
Diagram 9 Alokasi Anggaran Kesehatan di Kabupaten Bintang Tahun 2009 dan Tahun 2011



Sumber: Profil Kesehatan Bintang Tahun 2011

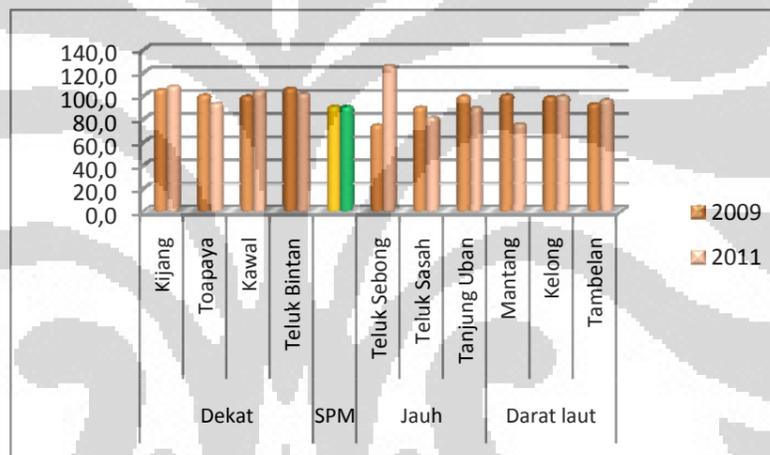
**PERBANDINGAN CAKUPAN SEBELUM DAN SESUDAH ADA BOK DI  
KABUPATEN BINTAN TAHUN 2009 DAN TAHUN 2011**

Diagram 1 Pencapaian Kunjungan Ibu Hamil (K4) di Kabupaten Bintan Tahun 2009 dan Tahun 2011



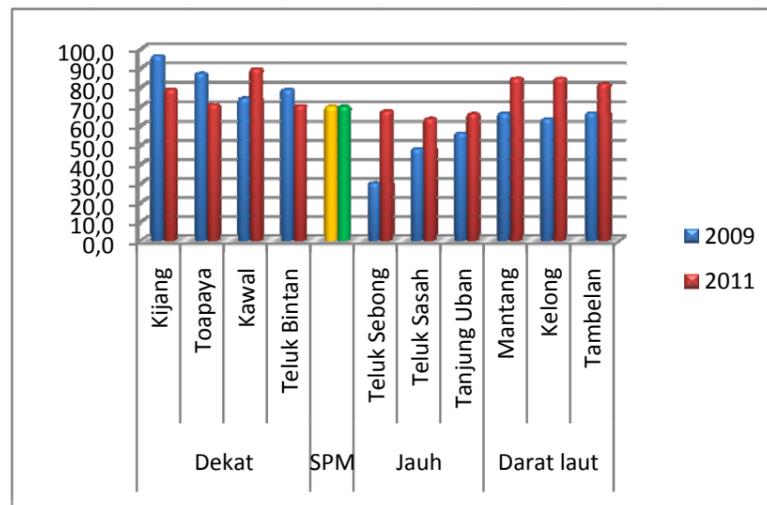
Sumber: Profil Kesehatan Bintan Tahun 2009 dan 2011

Diagram 2 Pencapaian Kunjungan bayi di Kabupaten Bintan Tahun 2009 dan Tahun 2011



Sumber: Profil Kesehatan Bintan Tahun 2009 dan Tahun 2011

Diagram 3 Pencapaian Peserta KB Aktif di Kabupaten Bintan Tahun 2009 dan Tahun 2011



Sumber: Profil Kesehatan Bintan Tahun 2009 dan Tahun 2011



**PEDOMAN WAWANCARA  
GAMBARAN EFEKTIFITAS BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN  
DI KABUPATEN BINTAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU  
TAHUN 2011/2012**

<b>I. DATA UMUM</b>		
1	Provinsi	Kepulauan Riau
2	Kabupaten	Bintan
3	Kecamatan	
4	Nomor responden	□ □
5	Tanggal wawancara	□ □ - □ □ - □ □ □ □
6	Jabatan	1. Kepala Puskesmas 2. Bendahara BOK Puskesmas 3. Penanggungjawab program <input style="float: right;" type="checkbox"/>
7	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Wanita <input style="float: right;" type="checkbox"/>
8	Kelompok kerja	1. Tenaga kesehatan 2. Manajemen 3. Tenaga kesehatan/ manajemen <input style="float: right;" type="checkbox"/>
9	Jarak Puskesmas ke Dinkes	1. Dekat 2. Sedang 3. Jauh <input style="float: right;" type="checkbox"/>
<b>II. EFEKTIFITAS</b>		
10	Menurut saudara, apakah dana BOK membantu kelancaran kegiatan Puskesmas? - Kegiatan program dilapangan - Kegiatan pembinaan UKBM - Kegiatan penyusunan POA Tahunan - Kegiatan POA Bulanan - Pemeliharaan sarana Puskesmas - Lainnya, sebutkan:	1. Ya, membantu dalam hal:           2. Tidak
11	Bantuan Operasional Kesehatan bertujuan untuk pemerataan akses	1. Ya, alasannya:

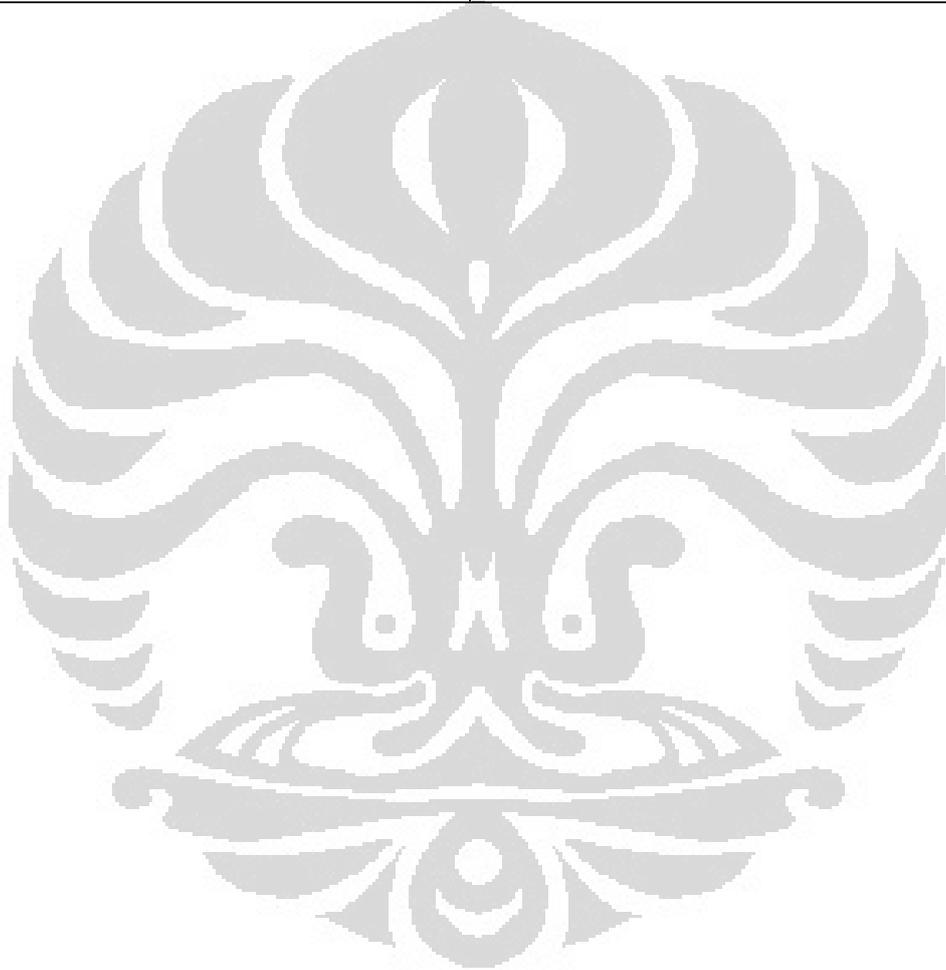
	<p>pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas. Menurut saudara, apakah harapan tersebut sudah menunjukkan hasil?</p>	<p>2. Tidak, alasannya:</p>
12	<p>Apakah ada perbedaan pencapaian program kegiatan Puskesmas sebelum dan sesudah ada dana BOK? Perbedaan tersebut pada program apa? Kira-kira berapa besar perbedaan pencapaian tersebut?</p>	<p>1. Ya, sebutkan:  2. Tidak</p>
<b>III. SDM</b>		
13	<p>Apakah jumlah pengelola BOK Puskesmas yang disebutkan dalam Juknis BOK 2012 sudah sesuai dengan kebutuhan dalam pemanfaatan BOK?</p>	<p>1. Ya 2. Tidak, alasannya:</p>
14	<p>Menurut saudara, Juknis BOK 2012 lebih mudah dipahami daripada Juknis BOK 2011?</p>	<p>1. Ya, jelaskan!  2. Tidak, jelaskan!</p>
15	<p>Apakah ada hambatan administrasi dalam pengusulan, pencairan dan pelaporan BOK?</p>	<p>1. Ya, jelaskan!  2. Tidak</p>
16	<p>Sesuai Juknis BOK 2012, sekretariat Jamkesmas dan Jampersal dipisahkan dengan sekretariat BOK. Menurut saudara apakah pemisahan ini mengurangi beban kerja dan kebingungan dalam pemanfaatan BOK?</p>	<p>1. Ya, jelaskan:  2. Tidak, jelaskan:</p>

17	Apakah terjadi perbedaan persepsi antara verifikator Kabupaten dengan pengelola BOK Puskesmas tentang Juknis BOK?	1. Ya,; perbedaannya dalam hal:  2. Tidak
<b>IV. POLA KERJA</b>		
18	Selain dari <i>basic six</i> , Puskesmas boleh mengusulkan program pengembangan untuk dibiayai BOK sesuai kebutuhan masyarakat. Program-program pengembangan apa saja yang diusulkan Puskesmas untuk dibiayai BOK?	
19	Diantara program-program tersebut, program apa yang memperoleh dana BOK yang terbesar dan yang terkecil? Sebutkan alasannya!	Terbesar:  Terkecil:
20	Sepengetahuan saudara, dana BOK cenderung digunakan untuk?	
21	Bagaimana menurut saudara, besaran dana BOK yang diberikan kepada Puskesmas ini?	1. Sudah mencukupi sesuai kebutuhan 2. Terlalu besar, alasannya:  3. Terlalu kecil, alasannya:

22	Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan suplemen untuk operasional Puskesmas. Apakah dengan adanya BOK, dana operasional Puskesmas mengalami perubahan dari APBD?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap</li> <li>2. Bertambah, seberapa besar:</li> <li>3. Berkurang, seberapa besar:</li> </ol>
23	Apakah Puskesmas mengalami kesulitan dalam pencairan dana dengan mekanisme Tugas Pembantuan? Apa bentuk kesulitan tersebut?	
24	Untuk Tahun 2012, DIPA sudah diberikan kepada Kabupaten/ Kota dengan tujuan dana BOK digunakan sesuai agenda. Apakah penggunaan dana BOK dilaksanakan di awal tahun?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak, alasannya:</li> </ol>
25	<p>Hambatan-hambatan apa yang ditemui dalam pemanfaatan BOK oleh Puskesmas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan Puskesmas menyusun POA Tahunan</li> <li>- Kemampuan Puskesmas melakukan Lokakarya mini (POA Bulanan)</li> <li>- Kelengkapan tenaga Puskesmas untuk melaksanakan program kesehatan yang dibantu BOK</li> <li>- Prosedur pengusulan dan pencairan yang panjang sesuai dengan mekanisme TP</li> <li>- Lainnya:</li> </ul>	
26	<p>Apakah ada keluhan saudara dalam pelaksanaan BOK?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beban kerja administratif yang berat</li> <li>- Beban kerja pelaksanaan program</li> </ul>	

	<p>di lapangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juknis tidak jelas</li> <li>- Pertanggungawaban keuangan yang rumit</li> <li>- Kurangnya sosialisasi dan bimbingan dari Dinkes</li> <li>- Lainnya:</li> </ul>	
<b>V. LINGKUNGAN GEOGRAFIS</b>		
27	Menurut saudara, seberapa besar pengaruh geografis dan lokasi UKBM dalam pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas?	<p>Sangat besar pengaruhnya, alasannya:</p> <p>Tidak ada pengaruhnya, alasannya:</p>
28	Dengan adanya dana BOK, apakah membantu peningkatan kualitas dan kuantitas kegiatan kesehatan masyarakat?	<p>1. Ya, alasannya:</p> <p>2. Tidak, alasannya:</p>
29	Apakah masih ada wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau pelayanan kesehatan?	<p>1. Ya, penyebabnya:</p> <p>2. Tidak</p>
30	Menurut saudara, apakah dana BOK bermanfaat dalam pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan	<p>1. Ya. Alasannya:</p>

kinerja Puskesmas?	2. Tidak. Alasannya:
--------------------	----------------------



**PEDOMAN WAWANCARA  
GAMBARAN EFEKTIFITAS BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN  
DI KABUPATEN BINTAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU  
TAHUN 2011/2012**

<b>I. DATA UMUM</b>			
1	Provinsi	Kepulauan Riau	
2	Kabupaten	Bintan	
3	Nomor responden		<input type="text"/> <input type="text"/>
4	Tanggal wawancara	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	Jabatan	1. Kepala Bidang Yankes 2. Bendahara BOK Puskesmas 3. Penanggungjawab program	<input type="checkbox"/>
6	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Wanita	<input type="checkbox"/>
7	Kelompok kerja	1. Tenaga kesehatan 2. Manajemen 3. Tenaga kesehatan/ manajemen	<input type="checkbox"/>
<b>II. EFEKTIFITAS</b>			
8	Menurut Bapak/ Ibu, apakah dana BOK membantu kelancaran kegiatan Puskesmas? - Kegiatan program dilapangan - Kegiatan pembinaan UKBM - Kegiatan penyusunan POA Tahunan - Kegiatan POA Bulanan - Pemeliharaan sarana Puskesmas - Lainnya, sebutkan:	1. Ya, membantu dalam hal:  2. Tidak	
9	Bantuan Operasional Kesehatan bertujuan untuk pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas. Menurut Bapak/ Ibu, apakah harapan tersebut sudah menunjukkan hasil?	1. Ya, alasannya:  2. Tidak, alasannya:	

10	Menurut penilaian Bapak/ Ibu, apakah ada perbedaan pencapaian program kegiatan Puskesmas sebelum dan sesudah ada dana BOK? Perbedaan tersebut pada program apa? Kira-kira berapa besar perbedaan pencapaian tersebut?	1. Ya, sebutkan:  2. Tidak
<b>III. SDM</b>		
11	Apakah jumlah pengelola BOK Puskesmas yang disebutkan dalam Juknis BOK 2012 sudah sesuai dengan kebutuhan dalam pemanfaatan BOK?	1. Ya 2. Tidak, alasannya:
12	Menurut Bapak, Juknis BOK 2012 lebih mudah dipahami daripada Juknis BOK 2011?	1. Ya, jelaskan!  2. Tidak, jelaskan!
13	Apakah pengelola Puskesmas menemui hambatan administrasi dalam pengusulan, pencairan dan pelaporan BOK?	1. Ya, jelaskan!  2. Tidak
14	Sesuai Juknis BOK 2012, sekretariat Jamkesmas dan Jampersal dipisahkan dengan sekretariat BOK. Menurut saudara apakah pemisahan ini	1. Ya, jelaskan:

	mengurangi beban kerja dan kebingungan dalam pemanfaatan BOK?	2. Tidak, jelaskan:
15	Sepengetahuan Bapak, apakah terjadi perbedaan persepsi antara verifikator Kabupaten dengan pengelola BOK Puskesmas tentang Juknis BOK?	1. Ya,; perbedaannya dalam hal:  2. Tidak
<b>IV. POLA KERJA</b>		
16	Selain dari <i>basic six</i> , Puskesmas boleh mengusulkan program pengembangan untuk dibiayai BOK sesuai kebutuhan masyarakat. Program-program pengembangan apa saja yang diusulkan Puskesmas untuk dibiayai BOK?	
17	Diantara program-program tersebut, program apa yang memperoleh dana BOK yang terbesar dan yang terkecil? Sebutkan alasannya!	Terbesar:  Terkecil:
18	Sepengetahuan Bapak/ Ibu, dana BOK cenderung digunakan untuk?	

19	Besaran dana BOK yang dialokasikan ke Puskesmas?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berbeda-beda antar Puskesmas sesuai kebutuhan</li> <li>2. Sama besar untuk Puskesmas, alasannya:</li> </ol>
20	Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan suplemen untuk operasional Puskesmas. Apakah dengan adanya BOK, dana operasional Puskesmas mengalami perubahan dari APBD?	
21	Apakah Puskesmas mengalami kesulitan dalam pencairan dana dengan mekanisme Tugas Pembantuan? Apa bentuk kesulitan tersebut?	
22	Untuk Tahun 2012, DIPA sudah diberikan kepada Kabupaten/ Kota dengan tujuan dana BOK digunakan sesuai agenda. Apakah penggunaan dana BOK dilaksanakan di awal tahun?	
23	<p>Hambatan-hambatan apa yang ditemui dalam pemanfaatan BOK oleh Puskesmas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan Puskesmas menyusun POA Tahunan</li> <li>- Kemampuan Puskesmas melakukan Lokakarya mini (POA Bulanan)</li> <li>- Kelengkapan tenaga Puskesmas untuk melaksanakan program kesehatan yang dibantu BOK</li> <li>- Prosedur pengusulan dan pencairan yang panjang sesuai dengan mekanisme TP</li> <li>- Lainnya:</li> </ul>	
24	Apakah Bapak menerima keluhan penegelola Puskesmas dalam pelaksanaan BOK?	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beban kerja administratif yang berat</li> <li>- Beban kerja pelaksanaan program di lapangan</li> <li>- Juknis tidak jelas</li> <li>- Pertanggungjawaban keuangan yang rumit</li> <li>- Kurangnya sosialisasi dan bimbingan dari Dinkes</li> <li>- Lainnya:</li> </ul>	
<b>V. LINGKUNGAN GEOGRAFIS</b>		
25	Menurut Bapak/ Ibu, seberapa besar pengaruh geografis dan lokasi UKBM dalam pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas?	
26	Dengan adanya dana BOK, apakah membantu peningkatan kualitas dan kuantitas kegiatan kesehatan masyarakat?	
27	Apakah masih ada wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau pelayanan kesehatan?	
28	Menurut Bapak/ Ibu, apakah dana BOK bermanfaat dalam pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas?	

TRANSKIP HASIL WAWANCARA

EFEKTIFITAS BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DI KABUPATEN BINTAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU

TAHUN 2011/2012

No	Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7
<b>Sumberdaya manusia</b>								
1	Apakah jumlah pengelola BOK Puskesmas yang disebutkan dalam Juknis BOK 2012 sudah sesuai dengan kebutuhan dalam pemanfaatan BOK	Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak, karena petugas BOK di Puskesmas melaksanakan fungsi ganda sehingga kurang efektif	Ya	Ya
2	Menurut saudara, Juknis BOK 2012 lebih mudah dipahami dari pada Juknis BOK 2011	-	Ya, pelaporan bahan kontak sudah dijelaskan	Ya	Ya, Juknis 2011 tidak diarahkan kemana dana BOK sedangkan untuk Juknis 2012 dana BOK diarahkan dengan jelas	Ya	Ya, juknis telah terinci sehingga mudah dalam pelaksanaann ya	Ya, Juknis BOK 2012 lebih jelas dalam menggunakan anggaran yang tidak terfokus pada 6 pelayanan dasar tetapi juga termasuk program pengembangan
3	Apakah ada hambatan administrasi dalam pengusulan, pencairan dan pelaporan BOK	Tidak	Tidak	Ya, terlalu rumit, perlu pelatihan khusus untuk petugas	Ya, pengusulan; perbaikan transportasi, beberapa kegiatan digabung tidak	Ya, verifikasi terlalu sulit karena verifikator kurang memahami	Tidak	Hambatan berarti tidak ada, tetapi pengelola BOK Puskesmas kurang berkoordinasi

					sendiri-sendiri	Juknis		dengan penanggungjawab program sehingga pengajuan POA tidak bervariasi hanya mengikuti yang sudah ada.
4	Sesuai Juknis BOK 2012, sekretariat Jamkesmas, Jampersal dipisahkan dengan sekretariat BOK. Apakah pemisahan ini mengurangi beban kerja dan kebingungan dalam pemanfaatan BOK	Sebelumnya juga sudah terpisah, jadi tidak ada perubahan yang berarti	Ya, sudah terpisah sebelumnya	Tidak	Tidak	Tidak, karena tenaga Puskesmas terbatas jadi tidak bisa dipisah	Tidak	Dengan dipisahkannya pembagian tugas lebih jelas, tidak bercampur aduk, focus kepada dana BOK.
5	Apakah terjadi perbedaan persepsi antara verifikator Kabupaten dan pengelola BOK tentang Juknis BOK	Ya, peningkatan dalam volume dan kuantitas kegiatan	Ya, penyusunan kegiatan yang akan dilakukan	Ya, jenis kegiatan yang dilakukan Puskesmas banyak verifikator tidak memahaminya.	Ya, terutama dalam volume kegiatan yang membutuhkan transportasi yang tinggi	Tidak	Tidak	Tidak, karena tanggungjawab verifikasi bila ada hal-hal yang dianggap tidak efisien, maka kegiatan tersebut dipending atau diminta penjelasan dari Puskesmas.
<b>Pola kerja</b>								
6	Selain dari <i>basic six</i> Puskesmas boleh mengusulkan program	UKK dan Perkesmas	UKK dan Perkesmas	Lebih kearah MDGs pada point 1,4 dan 5.	Usaha Kesehatan Kerja dan Kesehatan	STBM, KB dan Lansia	STBM	Kesehatan kerja, Perkesmas, Kelas Ibu Hamil,

	pengembangan untuk dibiayai BOK sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Program-program apa saja yang diusulkan Puskesmas untuk dibiayai BOK				Remaja			Perawatan Kesehatan Gigi.
7	Diantara program-program tersebut, program apa yang memperoleh dana terbesar dan terkecil	Terbesar; KIA Terkecil; Kesehatan Remaja	Terbesar: TB→ cakupan kurang, target belum tercapai Terkecil: Malaria→ karena sudah ada dana dari GF dan APBD	Terbesar; P2M karena dana dari APBD tidak cukup Terkecil; UKK, belum maksimal	Terbesar; Gizi, penyegaran kader, penyuluhan ASI dan Pengendalian Penyakit; PE, sample TB, penyemprotan, penyuluhan diare	Terbesar; Gizi karena masih abanyak kasus gizi kurang dan buruk serta masih kurang dana dari APBD Terkecil; mangemen Puskesmas karena Juknis memberikan batasan dalam penggunaan dana BOK untuk Manajemen	Terbesar; STBM→ dilakukan sosialisasi jamban sehat Terkecil; KIA dan Gizi	Disesuaikan dengan kebutuhan dan kegiatan rutin dari APBD. Jika dana dari APBD kurang maka kegiatan tersebut diambil dari dana BOK, tetapi bila dana sudah ada maka kegiatan tersebut tidak menggunakan dana APBD.
8	Sepengetahuan saudara dana BOK cenderung digunakan untuk	Transportasi lokal	Transportasi	Bantuan transportasi untuk kegiatan promotif dan preventif	Transportasi	Untuk kegiatan promotif dan preventif	Penunjang program SPM Puskesmas	BOK dikususkan untuk kegiatan UKM, penyuluhan, kelas ibu hamil. Baik ke sekolah dan pendataan-pendataan yang dianggap perlu oleh program

								terutama yang berkaitan dengan KIA dan Gizi.
9	Bagaimana menurut saudara, besaran dana BOK yang diberikan pada Puskesmas	Sudah mencukupi sesuai kebutuhan	Sudah mencukupi sesuai kebutuhan	Sudah mencukupi dan diharapkan terus bertambah untuk tahun selanjutnya	Sudah mencukupi sesuai dengan kebutuhan	Terlalu besar karena banyak batasan-batasan pada Juknis pengeluaran sehingga dana susah dimanfaatkan	Sudah mencukupi sesuai dengan kebutuhan	Berbeda-beda antar Puskesmas berdasarkan geografis yang dibagi menjadi 3 wilayah yaitu Puskesmas darat, Puskesmas laut dan Puskesmas laut dan darat yang sangat jauh dari Puskesmas Induk.
10	Bantuan Operasional Kesehatan merupakan suplemen untuk operasional Puskesmas. Apakah dengan adanya BOK dana operasional Puskesmas mengalami perubahan dari APBD	Ya, bertambah	Bertambah 10-20%	Tetap	Berkurang	Berkurang sebesar 20% pada tahun 2012 jika dibandingkan tahun 2011	Tetap	Tidak ada perubahan. Dana rutin bersumber APBD tetap, dana BOK sebagai penunjang jika tidak terdapat dari APBD.
11	Apakah Puskesmas mengalami kesulitan dalam pencairan dana dengan mekanisme Tugas Pembantuan	Tidak	Tidak ada	Tidak terlalu	Lambat karena memerlukan waktu 1 bulan, untuk pengajuan dibulan berikutnya	Tidak menyulitkan	Tidak	Mekanisme anggaran panjang karena di verifikasi oleh KPPN
12	Untuk tahun 2012, DIPA 2012 sudah	Maret 2012	Bulan Maret karet sosialisasi	Tidak, dana baru ada di kabupaten	Maret karena sosialisasi pada	Tidak, karena kepastian	Ya, pengusulan	Agak mundur karena

	diberikan kepada Kabupaten/Kota di akhir 2011 dengan tujuan BOK dapat diunakan diawal tahun. Apakah penggunaan BOK dilaksanakan diawal tahun		dilaksanakan pada bulan Februari 2012	pada bulan Maret 2012	bulan Februari 2012 dan pengajuan BOK di bulan Maret 2012	anggaran selalu diterima terlambat diantara bulam Maret dan Mei	dan pencairan pada bulan Maret	mengalami revisi, konsultasi ada kesalahpahaman tentang Juknis BOK
13	Hambatan-hamabatan apa yang ditemui dalam pemanfaatan BOK oleh Puskesmas	Kemampuan pengelola program Puskesmas dalam membuat kebutuhan usulan suatu program	Kemampuan Puskesmas dalam menyusun POA Tahunan	Terlalu berbelit dan memakan waktu	Prosedur pengusulan dan pencairan yang panjang sesuai dengan mekanisme TP	Kemampuan Puskesmas menyusun POA tahunan dan POA bulanan, kelengkapan tenaga Puskesmas untuk melaksanakan program kesehatan yang dibantu BOK, prosedur pengusulan dan pencairan yang panjang sesuai mekanisme TP dan tenaga di Puskesmas kurang	Kemampuan Puskesmas menyusun POA tahunan dikarenakan masing-masing program belum dapat mengusulkan dalam POA tahunan untuk BOK	Hambatan berarti tidak ada, tetapi memang diakui pembuatan POA kurang tajam. Ada kegiatan yang memerlukan dana mereka tidak menggunakan dikhawatirkan bertentangan dengan Juknis
14	Apakah ada keluhan saudara dalam pelaksanaan BOK	Honor kurang besar	-	- Beban kerja administratif yang bera - Pertanggungja	Tidak ada	Beban kerja administratif berat, beban kerja pelaksana	Beban kerja yang berat pemegang program	Pembinaan masih kurang, baik bimbingan lapangan maupun

				waban keuangan yang rumit		program dilapangan, pertanggungjawaban keuangan yang rumit, kurangnya sosialisasi dan bimbingan dari dinkes dan tenaga Puskesmas kurang	dalam menyusun, pengajuan kegiatan melalui BOK dikarenakan SPJ kegiatan melalui SPM (APBD) juga dilakukan setiap bulannya dan lumayan menyita waktu	konsultasi
<b>Lingkungan geografis</b>								
15	Menurut saudara seberapa besar pengaruh geografis dan lokasi UKBM terhadap pemerataan akses pelayanan dan peningkatan kinerja Puskesmas	Tidak ada daerah sulit	Tidak ada daerah sulit	Sangat besar karena daerah kami adalah kepulauan sehingga memerlukan cost yang tinggi untuk transportasi	Sangat kecil, karena sudah ada tenaga yang bertugas di daerah tersebut	Tidak, karena transportasi lancar dan jalan-jalan pun bagus	Tidak, wilayah kerja Puskesmas tidak terlalu jauh dari Puskesmas yang terdiri dari 3 Desa	Memerlukan dana, waktu dan tenaga yang besar. Dalam hal ini dana BOK sangat membantu. Semua pulau telah dikunjungi, kegiatan meningkat secara kualitas dan volume
16	Apakah BOK membantu meningkatkan kualitas dan kuantitas kegiatan kesehatan masyarakat		Ya, lebih sering turun lapangan untuk kegiatan penyuluhan dari masing-masing	Ya, banyak masyarakat yang mendapatkan pengetahuan	Ya, peningkatan frekuensi kegiatan	Ya, tapi tidak signifikan karena kondisi masyarakat yang cukup sulit	Ya, kegiatan pelayanan masyarakat terbantu dari kegiatan yang	Ya, dengan adanya dana BOK pelayanan meningkat dan akses juga

			program	tentang kesehatan		dalam berperan aktif	tidak bisa dilaksanakan dapat dilaksanakan dengan bantuan BOK	meningkat
17	Apakah masih ada wilayah Puskesmas yang belum terjangkau peayanan kesehatan	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak ada
18	Menurut saudara, apakah dana BOK bermanfaat dalam pemerataan akses dan peningkatan kinerja Puskesmas	Ada, sesuai dengan jumlah kegiatan di Puskesmas	Ya, semua program turun ke lapangan untuk memberikan pelayanan kesehatan	Ya, tidak semua kegiatan didanai APBD	Ya, untuk daerah terpencil yang sulit transportasi	Ya, tetapi tidak signifikan	Ya, masyarakat dapat akses pelayanan kesehatan dilapangan melalui program-program yang ada di Puskesmas sehingga terjadinya peningkatan pencapaian program di Puskesmas	Sangat bermanfaat
<b>Efektifitas</b>								
19	Menurut saudara, apakah dana BOK membantu kelancaran kegiatan Puskesmas	Ya; anggaran yang tidak dialokasi dalam APBD dialokasikan	Ya:kegiatan program dilapangan, kegiatan pembinaan	Ya; kegiatan program dilapangan, kegiatan pembinaan	Ya; kegiatan program dilapangan, kegiatan pembinaan	Ya; kegiatan program dilapangan dan pemeliharaan Puskesmas	Ya; kegiatan program dilapangan, kegiatan pembinaan	Ya, sangat membantu seperti: kegiatan program dilapangan,

		dalam BOK, kekurangan APBD di tutupi oleh BOK	UKBM, kegiatan POA bulanan, pemeliharaan Puskesmas	UKBM, kegiatan penyusunan POA tahunan dan Bulanan	UKBM, kegiatan penyusunan POA tahunan dan Bulanan		UKBM, kegiatan penyusunan POA tahunan dan bulanan serta pemeliharaan sarana Puskesmas	kegiatan pembinaan UKBM, kegiatan penyusunan POA Tahunan dan Bulanan serta pemeliharaan Puskesmas
20	Bantuan Operasional Kesehatan bertujuan untuk pemerataan akses pelayanan kesehatan dan peningkatan kinerja Puskesmas. Menurut saudara apakah harapan tersebut sudah menunjukkan hasil	Ada, kunjungan promotif dan preventif meningkat	Ya, STBM→ dana diambil dari BOK (sosialisasi) Peningkatan cakupan ± 30%	Ya, tidak semua kegiatan di daerah terpencil didanai APBD	Ya, cakupan meningkat khususnya pada program KIA/KB, Gizi kesmas	Tidak, belum terlihat secara signifikan, perubahan kesadaran serta derajat kesehatan masyarakat sejak adanya program BOK	Ya, sudah sebahagian menunjukkan hasil. Membantu dalam pelaksanaan Puskesmas dan program yang tidak dibiayai APBD	Sudah tetapi, belum optimal. Belum semua program kegiatan pengembangan baru hanya pada kegiatan <i>basic six</i>
21	Apakah ada perbedaan pencapaian program kegiatan Puskesmas sebelum dan sesudah ada dana BOK	Ya; balita→cakupan imunisasi balita dengan lengkap 0-11 bln=30 orang/bln tetapi baru 10 orang, dengan dana BOK target tersebut dapat tercapai dengan	Ya; kesling→STBM → pemicu penyuluhan kesling pada masyarakat agar masyarakat membuat WC di rumah masing-masing	Ya, penemuan kasus TB Paru	Ya, terutama program <i>basic six</i>	Ya, pada program KIA namun tidak signifikan, peningkatan hanya 20%	Ya, dalam program kesehatan dan juga STBM	Perbedaan signifikan tidak tetapi peningkatan kegiatan dan motivasi dalam pencapaian target

		melakukan sweeping						
--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

