

MONITORING PELAKSANAAN KEBIJAKAN BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DI DAERAH TERPENCIL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN

MONITORING OF THE IMPLEMENTATION OF BOK (HEALTH OPERATIONAL ASSISTANCE) POLICY IN REMOTE AREAS, BORDERS AND ISLANDS

Dominirsep Ovidius Dodo

Minat Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Nusa Cendana.

ABSTRACT

Background: Currently, health development efforts are focused on achieving the MDG targets through several priority programs such as health insurance expansion; equitable access to health services in Remote Areas, Borders, and Islands (DTPK Areas); increase of promotion – preventive measures, and response to diseases. One of the strategic steps taken by the government to achieve that goal is by issuing Health Operational Assistance Policy (BOK). In recent years, increase in budget for health has occurred at the central level. Although on one hand the increment has not reached 5 % of total the state budget, on the other hand the budget absorption is low, i.e. not reaching 100 %. Most budget absorption takes place within the last quarter of the fiscal year. This indicates that there are serious problems in the implementation of the health system, one of which is inefficiencies. This phenomenon also occurs in the implementation of BOK policy. The proportion of BOK funds has increased in recent years, but the amount absorption does not reach 100 %. This of course would cumulatively affect the achievement of health system performance.

Objective: This study aimed to explore the implementation of BOK policy at the primary health care level, identifying the factors that contribute to inefficiencies in the implementation of BOK policy, and assess the effectiveness of BOK policy in achieving the target of minimum services standard of health (SPM).

Methods: This study was a descriptive study using a case study research strategy. The location was in Sabu Raijua Regency, East Nusa Tenggara Province while the research period was from June to August 2013.

Results and Discussion: BOK Fund is the only source of funds to finance the implementation of preventive and promotion programs at health center level. There is no fund allocated by local government (APBD) due to its limited amount and high allocation to finance other sectors. The study identified several factors contributing to inefficiency in the use of BOK funds in the DTPK area, including the limited number and quality of human resources in health centers to run the programs. The result are dual task that implies a high workload (service/care and administrative); delay of Technical Guide issuance and its subsequent socialization by the central government and district health offices to primary health centers; poor management capacity of health authorities in the implementation of the BOK fund due to varied understanding of the allocation of BOK fund; lack of data or evidence use in developing activity plans, and delays in disbursement of funds which resulted in the accumulation of funds to be disbursed in the 4th quarter of a fiscal year. Other findings also show that there was no

significant change in the coverage of services and programs at the health center level when compared to the national target of SPM.

Conclusions: The implementation of BOK policy has yet to show significant impact on the improvement of health system performance in the sub national level. At the central level, an in-depth and systematic evaluation is required for the allocation of BOK funds. At the local level, it requires significant improvement on the input side and on the process of planning and oversight mechanisms for community health centers and health authorities – which is integrated in nature - so that the BOK's policy implementation could pose significant impacts on the improvement of the local health system performance.

Keywords: Policy, BOK, Inefficiency, Performance, Health Center, Health System.

ABSTRACT

Latar belakang: Saat ini, pembangunan kesehatan terfokus pada upaya pencapaian target MDGs melalui beberapa program prioritas seperti perluasan jaminan kesehatan; pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK); peningkatan upaya promotif-preventif; dan penanggulangan penyakit. Salah satu langkah strategis yang dilakukan pemerintah untuk mencapai tujuan itu dilakukan dengan mengeluarkan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan. Dalam beberapa tahun terakhir, terjadi kenaikan anggaran kesehatan di tingkat pemerintah pusat. Kenaikan tersebut di satu sisi secara proporsi belum mencapai ukuran 5% dari APBN namun di sisi lain penyerapan anggaran yang sedikit tersebut ternyata tidak mencapai 100%. Sebagian besar anggaran tersebut lebih banyak diserap pada kuartal terakhir. Hal ini mengindikasikan bahwa ada problem serius dalam pelaksanaan sistem kesehatan yakni inefisiensi. Fenomena ini juga terjadi dalam implementasi kebijakan BOK. Proporsi dana BOK dalam beberapa tahun terakhir makin meningkat namun jumlah yang diserap tidak mencapai 100%. Hal ini tentunya secara kumulatif akan sangat mempengaruhi pencapaian kinerja sistem kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pelaksanaan kebijakan BOK di tingkat puskesmas terkait faktor-faktor yang berkontribusi terhadap inefisiensi pelaksanaan kebijakan BOK sekaligus menilai efektivitas dari kebijakan BOK dalam pencapaian target SPM bidang kesehatan.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan strategi penelitian studi kasus. Lokasinya di Kabupaten Sabu Raijua, Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan waktu penelitian selama ± 3 bulan yakni dari Bulan Juni sampai Bulan Agustus tahun 2013.

Hasil dan Bahasan: Dana BOK adalah satu-satunya sumber dana yang membiayai pelaksanaan program promotif dan preventif di tingkat puskesmas. Alokasi dari dana APBD tidak ada karena dana yang tersedia dalam APBD sangat terbatas jumlahnya. Dengan adanya dana BOK, maka dana daerah yang terbatas tersebut dipakai untuk membiayai sektor lain. Penelitian ini menemukan beberapa faktor yang berkontribusi terhadap inefisiensi penggunaan dana BOK di daerah DTPK antara lain keterbatasan jumlah dan kualitas sumber daya manusia untuk menjalankan program-program puskesmas sehingga terjadi rangkap tugas yang berimplikasi pada tingginya beban kerja (pelayanan dan administrasi); keterlambatan Juknis BOK dan sosialisasinya dari pemerintah pusat dan kabupaten kepada puskesmas terkait pemanfaatan dana BOK; lemahnya kapasitas manajemen dinas kesehatan dalam mengelola manajemen pelaksanaan dana BOK karena adanya variasi pemahaman secara internal tentang peruntukan dana BOK; kurangnya penggunaan data atau *evidence* dalam penyusunan rencana kegiatan; dan keterlambatan pencairan dana yakni sering menumpuk pada kuartal ke-4 (akhir tahun). Temuan lainnya juga menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang cukup berarti dalam hal cakupan pelayanan dan program di tingkat puskesmas jika dibandingkan dengan target SPM secara nasional.

Kesimpulan: Pelaksanaan kebijakan BOK di Daerah DTPK belum menghasilkan dampak yang signifikan bagi peningkatan kinerja sistem kesehatan di daerah. Di tingkat pusat, diperlukan adanya evaluasi secara mendalam dan sistematis terkait mekanisme pengalokasian dana BOK ke daerah. Di tingkat daerah, diperlukan perbaikan yang signifikan pada sisi input, proses perencanaan dan mekanisme pengawasan untuk puskesmas dan dinas kesehatan - yang sifatnya integratif - sehingga implementasi kebijakan BOK ini nantinya dapat memberi dampak berarti bagi peningkatan kinerja sistem kesehatan daerah.

Kata Kunci: Kebijakan, BOK, Inefisiensi, Kinerja, Puskesmas, Sistem Kesehatan.

PENGANTAR

Kegiatan prioritas pembangunan kesehatan menuju *Universal Coverage* tahun 2019, terus ditingkatkan oleh pemerintah untuk mempercepat pencapaian target *Millenium Development Goals* (MDGs). Beberapa program prioritas yang dijalankan untuk mencapai hal tersebut adalah perluasan jaminan kesehatan; pemerataan akses terhadap pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), peningkatan upaya promotif-preventif, dan penanggulangan penyakit¹. Demikian juga dengan komponen sistem pembiayaan kesehatan. Dalam kurun waktu beberapa tahun terakhir ini, terjadi peningkatan anggaran kesehatan di tingkat pusat yakni dari sekitar ± 7 Triliun di tahun 2005 menjadi hampir ± 21 Triliun di tahun 2011². Peningkatan jumlah anggaran ini bertujuan untuk mengejar ketertinggalan Indonesia dalam pencapaian target indikator MDGs. Selain itu, peningkatan anggaran ini juga secara implisit bertujuan untuk menjalankan sistem kesehatan secara lebih memadai dalam rangka melindungi masyarakat akibat dari makin tingginya biaya kesehatan.

Pada situasi desentralisasi periode 2000-an hampir sebagian besar sistem kesehatan daerah sulit digerakkan³. Salah satu problem klasiknya adalah kekurangan dana operasional⁴. Kekurangan dana operasional ini berkaitan langsung dengan kinerja sistem kesehatan terutama program-program prioritas. Salah satu langkah strategis yang dilakukan pemerintah di tahun 2010 untuk mengatasi hal ini adalah mengeluarkan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) selain Kebijakan Jamkesmas dan Jampersal. Kebijakan BOK ini diambil pemerintah pusat untuk membantu operasional sistem kesehatan di daerah dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif puskesmas dan jaringannya⁵. Kebijakan BOK telah berjalan selama 4 tahun yakni dari tahun 2010-2013. Jumlah dana BOK yang dialokasikan ke puskesmas terus meningkat dari tahun ke tahun mulai dari tahun 2010 dengan jumlah ± 30-an juta dan akhirnya tahun 2012 telah mencapai ± 250- 300 juta untuk setiap puskesmas. Kenaikan jumlah dana BOK ini diharapkan berkorelasi positif dengan peningkatan status kesehatan masyarakat.

Meskipun terjadi kenaikan jumlah anggaran kesehatan tingkat pusat namun proporsinya belum mencapai ukuran 5% dari APBN. Dalam konteks alokasi anggaran yang belum mencukupi kebutuhan tersebut, tingkat penyerapan dana justru tidak mencapai 100%². Hal ini mengindikasikan ada problem yang sangat serius dalam pelaksanaan sistem kesehatan termasuk di dalamnya terjadi inefisiensi. Fenomena ini juga terjadi dalam implementasi kebijakan BOK di daerah khususnya di Kabupaten Sabu Raijua. Pada masa uji coba Kebijakan BOK tahun 2010 dengan dana 30-an juta rupiah untuk setiap puskesmas, jumlah yang terserap hanya 80%. Sementara itu, pada tahun 2011 dan 2012 jumlah dana BOK yang dialokasikan makin meningkat. Hal ini akan menjadi sangat menarik karena penambahan alokasi tersebut tidak diikuti dengan peningkatan terhadap kualitas dan kuantitas tenaga serta sarana kesehatan. Hasil penelitian Pani⁶, di Ende, Nusa Tenggara Timur, menemukan bahwa pengelolaan dana BOK lebih di arahkan pada 'tertib administrasi' dan belum diarahkan pada peningkatan kinerja sistem kesehatan. Namun, riset lain menunjukkan bahwa hadirnya kebijakan BOK ini dipandang positif oleh puskesmas meskipun secara operasional masih sulit diimplementasikan⁷. Salah satu faktor yang di duga menyulitkan puskesmas dan dinas kesehatan adalah tidak tersedianya tenaga kesehatan dalam jumlah yang cukup untuk menjalankan program yang ada dan rendahnya keterampilan manajerial di tingkat

puskesmas. Selain itu, juga diakibatkan oleh kurangnya pembinaan dan pengawasan oleh pimpinan sehingga berpotensi terjadi penyalahgunaan atau korupsi⁸. Laporan UNDP⁹ menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menjadi penghambat tercapainya tujuan MDGs adalah korupsi dalam sistem kesehatan. Dari beberapa hasil penelitian di atas, patut di duga bahwa kebijakan BOK belum sepenuhnya meningkatkan kinerja sistem kesehatan khususnya dalam aspek promotif dan preventif.

Tidak dapat dipungkiri bahwa pada tataran pelaksanaan kebijakan BOK ini masih belum sempurna dan selalu diperbaiki dari tahun ke tahun. Hal ini terbukti dari adanya perubahan mekanisme penyaluran yang sebelumnya tahun 2010 melalui mekanisme Bantuan Sosial menjadi Tugas Pembantuan pada tahun 2011 sampai 2012⁵. Perubahan mekanisme ini berimplikasi pula pada perubahan mekanisme pengelolaannya di tingkat kabupaten dan puskesmas. Bukti lainnya adalah Petunjuk Teknis yang selalu direvisi dari tahun ke tahun oleh Kementerian Kesehatan.

Kabupaten Sabu Raijua adalah kabupaten di bagian selatan provinsi NTT yang tergolong Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Jumlah tenaga kesehatan dan sarana kesehatan masih terbatas¹⁰. Pembiayaan kesehatannya juga sangat bergantung pada dana perimbangan dari pemerintah pusat¹¹. Kinerja sistem kesehatan daerah juga belum optimal dan derajat kesehatan masyarakatnya juga relatif masih rendah. Di sisi lain, Alokasi dana BOK dari pemerintah pusat di daerah ini belum diserap secara maksimal oleh puskesmas. Patut di duga terjadi inefisiensi dalam penggunaan dana BOK di level puskesmas. Oleh karena itu, kegiatan monitoring terhadap kebijakan ini sangat penting untuk memotret implementasi kebijakan BOK di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengeksplorasi pelaksanaan kebijakan BOK di tingkat puskesmas di daerah DTPK. Secara khusus untuk: 1) mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap inefisiensi dalam pelaksanaan kebijakan BOK dan 2) menilai sejauh mana efektivitas dari kebijakan BOK untuk mendongkrak pencapaian target SPM bidang kesehatan di level puskesmas. Hasil penelitian ini akan memberikan bukti baru bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Puskesmas di daerah untuk merumuskan pendekatan yang cocok dalam mengelola kebijakan BOK di daerah DTPK sebagai jawaban atas terbatasnya dana operasional untuk menggerakkan sistem kesehatan daerah. Secara teoritis, penelitian bermanfaat untuk

mengembangkan ilmu kebijakan kesehatan di Indonesia.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan strategi penelitian studi kasus¹². Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sabu Raijua, Provinsi Nusa Tenggara Timur selama ± 3 bulan yaitu pada Bulan Mei sampai Bulan Agustus tahun 2013 dengan fokus kajian terhadap pelaksanaan kebijakan BOK tahun 2012-2013. Untuk menjawab pertanyaan penelitian dilakukan menggunakan multi sumber bukti yang ada di tingkat puskesmas dan dinas kesehatan. Penelitian ini difokuskan pada tiga puskesmas saja sebagai sampel dengan mempertimbangkan aspek jarak dan akses pelayanan. Informan kunci dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas, pengelola BOK tingkat puskesmas dan anggota satuan kerja BOK di dinas kesehatan. Jumlah informan disesuaikan kebutuhan penelitian dan saturasi informasi yang diperoleh. Data yang dikumpulkan berupa data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif adalah data pembiayaan program kegiatan puskesmas yang bersumber dari dana BOK dan data cakupan SPM bidang kesehatan serta data terkait lainnya yang relevan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Data kualitatif adalah hasil wawancara dengan responden terkait proses perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan yang berasal dari dana BOK. Untuk menjaga validitas data yang dikumpulkan maka dilakukan *cross-check* atau triangulasi data maupun sumber (informan).

Variabel dalam penelitian ini adalah Pelaksanaan Kebijakan BOK dan Efektivitas Kebijakan BOK. Yang dimaksud dengan pelaksanaan Kebijakan BOK adalah keseluruhan proses perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan yang bersumber dari dana BOK di tingkat puskesmas. Yang dimaksud dengan Efektivitas Kebijakan BOK adalah dampak dari penggunaan dana BOK dalam mempengaruhi output layanan promotif dan preventif di tingkat puskesmas. Instrumen penelitian ini adalah camera untuk memotret secara langsung fenomena yang ada di lokasi penelitian, recorder untuk merekam suara informan, *check list* untuk triangulasi dokumen/data sekunder, dan panduan wawancara untuk keperluan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan sesuai dengan jenis data yang dikumpulkan. Data kuantitatif di analisis secara deskriptif untuk melihat proporsi dan kecenderungan dari fenomena variabel yang diteliti. Data kualitatif di analisis dengan terlebih dahulu dibuatkan transkrip-nya kemudian open coding dan coding. Setelah itu, dilakukan analisis isi

dan di interpretasi, selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dengan menampilkan cuplikan quote penting dan relevan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Potret Pelaksanaan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Daerah Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Implementasi Kebijakan BOK di daerah DTPK sangat menarik untuk dicermati karena karakteristik DTPK yang penuh dengan isu keterbatasan input dan kondisi geografis yang sulit. Potret pelaksanaan kebijakan BOK di kaji dengan pendekatan manajemen dari 3 tahap yakni perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban/evaluasi.

Tahap Perencanaan

Kegiatan perencanaan dilakukan sesuai Juknis melalui mini lokakarya, baik secara bulanan maupun triwulan, hanya saja waktu pelaksanaannya sering terlambat dari jadwal yang seharusnya. Mini lokakarya ini melibatkan seluruh staf puskesmas. Adapun kegiatan-kegiatan yang diusulkan dari awal tahun sampai pertengahan tahun masih bersifat sementara karena dalam penyusunannya belum berpedoman pada Juknis BOK. Setelah *Plan of Action* (PaA) selesai di susun, kemudian dikonsultasikan ke dinas kesehatan. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“rapat internal dulu dengan staf di puskesmas dengan pengelola program, tentang kegiatan-kegiatan apa yang harus dilakukan sebelum terima Juknis. Paling tidak sesuai dengan POA 2011”. (R1, Puskesmas)

“Kita pertemuan bulanan dan triwulan. Khusus triwulan pertama, untuk kegiatan-kegiatan apa saja yang masuk ke dalam PoA dari pustu, pengelola program dan puskesmas. Setelah rampung, PoA dimasukkan dan dikonsultasikan ke dinas. (R7, Puskesmas)

Penyusunan PoA tahunan untuk Tahun 2012, baru selesai dilakukan pada pertengahan tahun. Hal ini disebabkan oleh keterlambatan penerimaan Juknis BOK tahun 2012. Juknis BOK Tahun 2012 yang baru diterima oleh puskesmas pada bulan Mei 2012. Ada juga puskesmas yang mendapat Juknis BOK pada bulan Juli dan Agustus 2012. Penyusunan tersebut dilakukan dengan menyesuaikan kegiatan-kegiatan yang sudah dilaksanakan pada awal tahun mulai bulan Januari sampai bulan Mei 2012. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Bulan Mei kami dapat Juknis... Juni baru kami membuat PoA tahunan yang ditandatangani Kepala Dinas itu. PoA itu dibuat dengan memasukkan kegiatan-kegiatan bulan sebelumnya yang kami sudah lakukan” (R1, Puskesmas)

“tahun 2012 itu, Juknisnya terlambat sekitar bulan Juli atau Agustus. Jadi kita terlambat dalam perencanaan itu.” (R5, Puskesmas)

Ketika dikonfirmasi ke dinas kesehatan, diakui bahwa tahun 2012, Juknis memang terlambat karena di tingkat pusat ada perubahan kebijakan pengelolaan keuangan BOK terkait sistem pencairan di pertengahan tahun dari sistem Ganti Uang (GU) – Tambah Uang (TU) menjadi Langsung (LS). Pada tahun 2013, Juknis BOK sudah ada sejak awal tahun hanya saja puskesmas yang terlambat memasukkan PoA. Menurut pihak dinas kesehatan, keterlambatan memasukkan PoA disebabkan oleh kelemahan puskesmas dalam menyusun perencanaan di tingkat puskesmas terutama dalam hal memfokuskan kegiatan-kegiatan prioritas. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Juknis itu sebenarnya sudah ada dari awal tahun, cuma puskesmas terlambat melakukan perencanaan karena kendala tenaga yang terbatas dan banyak yang rangkap tugas tapi tidak pernah perencanaan itu selesai di akhir tahun.” (R3, Dinas Kesehatan)

“hambatannya teman-teman dari puskesmas lambat memasukkan PoA begitu kita sudah koreksi. mereka mau datang lagi lambat. ada juga separuh yang tidak paham memfokuskan kegiatan mana yang prioritas dan mana yang tidak untuk mendukung MDGs.” (R4, Dinas Kesehatan)

“Sebenarnya, kita juga terlambat, karena SK juga terlambat. Sampai sekarang..tahun 2013 ada 2 puskesmas yang belum melakukan konsultasi PoA.” (R4, Dinas Kesehatan)

Sejak tahun 2010, di tingkat puskesmas, dana BOK menjadi satu-satunya sumber dana yang dipakai untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan program promotif dan preventif. Alokasi dana dari APBD tidak ada. Alasan mendasar terkait dengan tidak adanya alokasi dana APBD untuk operasional program di tingkat puskesmas adalah keterbatasan anggaran yang dimiliki daerah. Sebenarnya usulan dari puskesmas untuk sumber dana APBD itu ada, namun dalam proses perencanaan dan penganggaran, hal itu menjadi bukan prioritas utama. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“kalau APBD II, untuk operasional program tidak ada..hanya BOK saja. Kecuali dari dinas yang turun untuk kegiatan di kami punya wilayah... Kami usulkan tetapi tetap saja mereka bilang anggaran tidak ada, jadi kami maksimalkan di BOK itu saja.” (R1, Puskesmas)

“tidak ada...karena kita kekurangan dana untuk membiayai sampai dengan puskesmas. Sehubungan dengan pemekaran Kabupaten Sabu Raijua yang baru tahun 2009, bersamaan juga dengan turunnya dana BOK, maka diambil kebijakan puskesmas itu hanya dibiayai dari dana BOK....Pertimbangannya efisiensi anggaran daerah.” (R3, Dinas Kesehatan)

Dalam proses perencanaan juga, ditemukan fenomena menarik yakni minimnya penggunaan data dalam pengambilan keputusan untuk mendesain rencana kegiatan. Kegiatan-kegiatan yang dimasukkan dalam PoA relatif tidak jauh berbeda dengan kegiatan-kegiatan BOK tahun sebelumnya. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan juga berbasis pada contoh-contoh kegiatan yang ditawarkan dalam Juknis BOK. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“kegiatan-kegiatan POA 2011 dengan 2012 relatif sama, hanya untuk diulang saja trus lebih sosialisasi terus.” (R1, Puskesmas)

“kita tidak dapat data yang akurat (misalnya KIA). Pendataan yang dilakukan kurang teliti..” (R1, Puskesmas)

“kita membagi dana sesuai Juknis dan di Juknis itu sudah sangat lengkap.” (R6, Puskesmas)

Ketiadaan data dan kondisi kurang akuratnya data disebabkan oleh faktor keterbatasan baik secara kualitas dan kuantitas SDM dalam proses pengumpulan data. Kondisi wilayah desa yang ada cukup luas sementara petugas yang melakukan pendataan hanya pengelola program dan penanggungjawab desa. Kelemahan dari sisi kualitas SDM juga terlihat dalam proses penentuan prioritas masalah. Sebagian besar pengelola program di kepala puskesmas kesulitan menentukan prioritas masalah dalam menentukan kegiatan yang esensial dan punya dampak besar bagi peningkatan derajat kesehatan. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Tahun lalu, hanya penanggungjawab program dan penanggungjawab desa yang jalan lakukan pendataan. Bagaimana mungkin mereka bisa lakukan pengambilan data itu, akhirnya karang-karanglah yang terjadi.” (R1, Puskesmas)

“kami kayaknya bingung dan tidak menguasai, sehingga banyak kegiatan yang masuk tapi terkendala anggaran yang terbatas” (R2, Puskesmas)

Hambatan lain dalam proses perencanaan di tingkat puskesmas adalah belum ada penetapan target tertentu yang harus dicapai secara makro seperti target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Secara nasional, target SPM sudah ditetapkan sejak tahun 2008, akan tetapi khusus di Kabupaten Sabu Raijua, SPM baru disosialisasikan tahun 2013 dan perhitungan setiap indikator mulai dilakukan pada bulan Juli 2013 untuk tingkat puskesmas. Ketiadaan target kinerja yang terukur ini menyebabkan puskesmas tidak memiliki arah yang jelas dalam mendesain kegiatan untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“untuk melakukan perencanaan ini kan... contohnya SPM ini kan, kami juga baru tahu bahwa ada 18 indikator yang harus di capai. mendengar mengenai SPM sudah sering dengar tapi bentuknya seperti apa, kami tidak tau. Ternyata kegiatan-kegiatan ini harus difokuskan agar target tercapai trus capaian juga ada. Contohnya K4 harus 80% baru tau sekarang. Jujur saja, tahun 2011 kami tidak tahu berapa, pokoknya kerja-kerja saja. Dengan terbantu memahami SPM ini, ternyata ada tujuan juga dalam melakukan perencanaan.” (R1, Puskesmas)

Faktor lainnya yang dianggap menjadi kendala adalah lemahnya kapasitas dinas kesehatan dalam melakukan pembinaan terhadap puskesmas terkait kebijakan BOK. Ketika puskesmas melakukan konsultasi, dinas kesehatan seringkali tidak memberikan jawaban yang bersifat solutif terhadap problem-problem yang dihadapi puskesmas. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Kita pergi bertanya ke dinas juga tidak ada jawaban yang pasti...” (R1, Puskesmas)

Selanjutnya, dari segi waktu konsultasi juga mengalami kendala. Proses konsultasi membutuhkan waktu yang agak lama karena petugas di dinas kesehatan acapkali tidak berada di tempat karena kesibukan mengerjakan tugas lain yang merupakan tugas pokoknya selaku pemegang jabatan di dinas kesehatan. Proses konsultasi PoA bisa terjadi sampai 7-8 kali. Dari hasil wawancara diketahui bahwa banyak petugas dinas kesehatan yang merangkap tugas di internal dinas kesehatan. Kesibukan mengerjakan tugas-tugas tersebut menjadikan petugas

dinas kesehatan sulit ditemui oleh kepala puskesmas dan pengelola BOK yang akan melakukan konsultasi. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“bisa juga betul, kita di dinas juga punya tugas lain, tugas di BOK kan hanya tugas sampingan di luar tugas pokok saya sebagai kepala seksi. jadi bisa saja mereka datang kami tidak ada.” (R4, Dinas Kesehatan)

“kita konsultasi saja kewalahan, teman yang kita mau konsul BOK di dinas juga tidak ada karena berbagai halangan, dan kegiatan program juga yang mereka harus lakukan disana akhirnya bisa sampai 7-8 kali belum selesai” (R6, Puskesmas)

Hal lainnya yang ditemukan dalam proses konsultasi PoA yakni masih adanya variasi pemahaman di internal tim pengelola BOK dinas kesehatan. Menurut pengakuan responden di puskesmas, kegiatan yang sudah dikonsultasikan dengan salah seorang tim pengelola dapat saja berbeda jika dikonsultasikan dengan anggota tim pengelola yang lain. Implikasinya adalah konsultasi akan memakan waktu yang lama untuk menyatu-padukan berbagai pandangan yang timbul di internal dinas kesehatan. Dinas kesehatan sendiri tidak pernah mengumpulkan seluruh kepala puskesmas dengan seluruh tim pengelola untuk melakukan penyamaan persepsi terkait dengan substansi dan fokus arah kegiatan yang didanai oleh BOK. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“dinas tidak pernah mengumpulkan secara bersama-sama untuk membangun konsep untuk melaksanakan itu yang sama begitu. kita hanya dari inisiatif sendiri atau mereka panggil tapi sendiri-sendiri. Bisa saja penjelasan yang kemarin dengan ini hari itu berbeda. pemahaman kami itu bisa berbeda juga dengan teman yang lain. Kadang tim di dinas itu juga cara menjelaskannya sedikit berbeda. Penjelasan dari satu berbeda dari yang lainnya.” (R5, Puskesmas)

“kadang-kadang pendapat teman-teman di dinas terhadap suatu item kegiatan itu berbeda. ada variasi pemahaman di tim dinas kesehatan.” (R6, Puskesmas)

Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, hal yang paling krusial adalah pencairan dana. Hal ini sangat penting karena ketersediaan dana menentukan kelancaran produksi layanan. Menurut pengakuan responden, pencairan dana tahun 2012 sebagian besar dilakukan di kuartal

ketiga dan keempat yakni mulai bulan September sampai Desember bahkan ada salah satu puskesmas yang pencairan dananya pada bulan Desember 2012. Kondisi di tahun 2013, ketika penelitian ini dilakukan (Juli 2013), belum ada kegiatan untuk pencairan dana BOK karena masih berada pada tahap konsultasi untuk finalisasi PoA tahunan 2013. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Masuk rekening puskesmas itu November, cairnya bulan Desember.” (R2, Puskesmas)

“tahun 2012 itu pada bulan September kita melakukan pencairan dana.” (R3, Dinas Kesehatan)

“Tahun 2013 saja belum cair.kita baru tahap finalisasi PoA saja.” (R4, Dinas Kesehatan)

“...pencairan pertama itu sudah memasuki bulan September kalau saya tidak salah.” (R5, Puskesmas)

Penyebab keterlambatan pencairan ini diakibatkan oleh adanya perubahan sistem pencairandari sistem Ganti Uang - Tambah Uang menjadi Langsung. Penyebab lainnya adalah minimnya biaya transport untuk pengurusan pencairan ke KPPN oleh petugas dari dinas kesehatan kabupaten. Biaya yang dialokasikan dari dana manajemen BOK untuk transport petugas sangat kecil hanya sebesar 200 ribu rupiah sehingga harus disiasati dengan menggunakan dana perjalanan dinas dari APBD. Biaya tiket pesawat untuk transport ke kupang (PP) menghabiskan dana ± 1,5 juta rupiah di luar biaya akomodasi dan lain-lain. Dengan demikian, transportasi untuk pencairan dana dari KPPN ke rekening dinas kesehatan menyesuaikan dengan jadwal, ketersediaan dana untuk perjalanan dinas petugas bersumber APBD. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“ada perubahan juknis di pertengahan tahun, khusus 2012...berubah juknis dari GU-TU ke LS”. (R3, Dinas Kesehatan)

“kendala kita yakni transpor kita ke kupang untuk melakukan pencairan...sering teman-teman bendahara dan pengelola SAI, kita melihat alokasi dari DPA. Seringkali mereka kadang pake uang sendiri... dana manajemen BOK itu ada, tapi alokasinya tidak cukup untuk transpor ke KPPN. kalau tidak salah 200 ribu sekali transport sedangkan tiket pesawat saat itu, 750 ribu belum biaya lain-lain. Jadi dana itu tidak kami cairkan karena memang tidak mungkin.” (R3, Dinas Kesehatan)

Oleh karena pencairan dana BOK dilakukan sekitar kuartal ketiga dan keempat, maka pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif dari awal tahun sampai menjelang akhir tahun dibiayai oleh dana dari petugas sendiri atau melalui mekanisme hutang pada pihak lain. Implikasi dari ketiadaan dana ini, maka sebagian besar kegiatan-kegiatan preventif dan promotif yang dilakukan adalah lebih banyak bersifat kegiatan rutin seperti posyandu karena jenis kegiatan tersebut hanya membutuhkan dana yang jumlahnya kecil seperti uang transport untuk pembelian bensin. Ada juga beberapa kegiatan yang dijalankan dan membutuhkan dana yang lebih dari sekedar uang transport seperti mini lokakarya triwulan/bulanan atau kegiatan refreshing kader posyandu yang membutuhkan konsumsi dan ATK. Biasanya kegiatan tersebut digeser jadwalnya, dan walaupun dijalankan, puskesmas menggunakan beberapa mekanisme pembiayaan informal seperti swadaya petugas atau ditanggung lebih dahulu oleh petugas yang memiliki usaha jasa konsumsi tertentu atau menggunakan dana kas puskesmas hasil *saving* dari tahun sebelumnya atau hasil pungutan dari beberapa layanan tertentu seperti layanan pemeriksaan korban/visum dan layanan surat keterangan sehat. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Kalau kegiatan kunjungan rumah kan cuma uang bensin, jadi kita pake uang sendiri. Kalau kegiatan refreshing kader, kita pake dana sementara dari puskesmas..dana itu bukan hasil pungutan dari pasien biasa tapi dari hasil visum” (R2, Puskesmas)

“Biasanya puskesmas kegiatan itu sudah jalan tapi pake uang mereka sendiri. Setelah pencairan baru bayar.” (R3, Dinas Kesehatan)

“yang pasti mereka pake uang pribadi, nanti kalau dana BOK ada baru dibayar. Untuk kegiatan yang butuh dana lebih selain transport, biasanya di geser ke akhir tahun setelah dana BOK turun” (R4, Dinas Kesehatan)

“kita pake dana sendiri atau pake uang saku sendiri. Untuk Lokmin yang butuh dana besar

untuk konsumsi ya kita utang dulu.” (R6, Puskesmas)

Selain faktor keterlambatan pencairan dana, faktor lainnya yang mempengaruhi kualitas pelaksanaan kegiatan BOK di tingkat puskesmas adalah keterbatasan jumlah dan jenis tenaga. Menurut pengakuan responden, tenaga kesehatan yang ada di puskesmas sangat terbatas dan ini sangat mempengaruhi eksekusi kegiatan di lapangan. Banyak petugas yang merangkap jabatan pengelola program tertentu. Jumlah bidan yang berada di desa juga sangat terbatas. Sebagian besar desa belum memiliki bidan padahal keberhasilan program KIA sebagai program utama sangat ditentukan oleh ketersediaan bidan di desa dan kiprahnya dalam pelayanan di tengah masyarakat. Implikasi dari semua ini adalah beban kerja petugas meningkat dan banyak kegiatan yang tidak terlaksana secara baik dan akhirnya cakupan pelayanan tidak maksimal. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan responden sebagai berikut:

“Tenaga masih belum cukup. 18 Desa nih.... masih banyak yang masih kosong, apalagi ditambah rawat inap. Pengelola program saja merangkap. Saya punya bendahara merangkap pengelola Gizi juga.” (R1, Puskesmas)

“Kita ada 4 orang bidan yang ada di desa dari 18 desa yang ada, sisanya untuk pelayanan di puskesmas.” (R2, Puskesmas)

“tenaga kesehatan sangat kurang, pustu-pustu di desa juga banyak yang kosong. Di sini ada 10 desa, 9 pustu dan hanya 5 pustu yang ada petugas. Sisinya, kita hanya melayani pada waktu ada kegiatan penyuluhan dan pelayanan posyandu.” (R5, Puskesmas).

Hasil penelusuran terkait dokumen ketenagaan di dinas kesehatan dan puskesmas di tahun 2013, diketahui bahwa memang sebagian besar tenaga di puskesmas terutama bidan sebagai ujung tombak layanan yang ada di desa sangat kurang. Selengkapnya mengenai ketenagaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi Beberapa Jenis Tenaga Kesehatan Berdasarkan Tempat Kerja di Tingkat Puskesmas Tahun 2013

Nama Puskesmas	Jumlah Desa	Dokter	Bidan		Perawat
			Puskesmas	Pustu (Desa)	
Seba*	18	3	7	4	20
Eilogo*	12	2	5	2	4
Daieko*	8	2	2	3	7
Eimadake	8	2	3	4	2
Bolou*	10	2	3	4	6
Ledeunu*	5	2	3	4	3
Jumlah	61	13	23	21	42

*Puskesmas Rawat Inap

Sumber: Laporan F3, Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar, Kabupaten Sabu Raijua tahun 2013

Sebagian besar desa belum memiliki tenaga kesehatan terutama bidan padahal ujung tombak pelayanan preventif dan promotif program KIA sebagai program unggulan nasional dan daerah adalah bidan. Realitas ini menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga di tingkat pelayanan kesehatan primer sangat terbatas. Implikasi lain dari keterbatasan tenaga adalah timbul konflik dalam pelaksanaan program antara petugas yang bertugas di rawat inap dengan petugas yang pengelola program untuk kegiatan di luar gedung. Di salah satu puskesmas diketahui bahwa ada perselisihan antara tenaga terkait dengan pelaksanaan kegiatan dikaitkan dengan pembayaran uang ketika akhir tahun. Hal ini tentunya mempunyai pengaruh terhadap etos kerja saat melakukan pelayanan.

Kendala lainnya dalam proses pelaksanaan kegiatan adalah keterbatasan alat transportasi dan ketersediaan BBM di tingkat daerah. Jumlah motor di puskesmas terbatas sedangkan wilayah kerja cukup luas. Selain itu, ketika terjadi kelangkaan BBM, harga BBM (bensin) melonjak. Hal ini berimplikasi pada tingginya biaya operasional ke desa atau bahkan terhambatnya pelaksanaan kegiatan dari jadwal yang sudah ditentukan. Berikut ini adalah hasil wawancara dengan responden:

“transportasi misalnya kendaraan motor untuk operasional ke desa. apalagi kalau musim hujan, bisa terjadi putus kontak dengan daerah layanan”. (R1, Puskesmas)

“Di Sabu saja sekarang BBM langka, satu liter bensin sudah sekitar 25.000, satu botol aqua besar, 20.000. Jadi susah..” (R6, Puskesmas)

Tahap Pertanggungjawaban, Pelaporan dan Evaluasi

Proses evaluasi pelaksanaan dilakukan setiap bulan di tingkat puskesmas yang dilakukan secara integratif dalam kegiatan mini lokakarya. Proses ini berlangsung secara periodik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaporan dan administrasi pertanggungjawaban yang belum memadai. Kesulitan yang sering ditemukan adalah pengelolaan surat tugas. Hal ini merupakan efek domino dari keterlambatan perencanaan yang baru selesai di pertengahan tahun sementara kegiatan-kegiatan rutin sudah dilakukan sejak dari awal tahun. Selain itu, tenaga yang mengelola adalah tenaga medis yang tidak terlalu paham urusan administrasi bahkan ada sebagian besar yang belum bisa mengoperasikan komputer. Pendampingan berupa pembinaan dari dinas kesehatan juga kurang diberikan sehingga dalam proses pertanggungjawaban dari puskesmas ke dinas

kesehatan terutama dalam verifikasi laporan pertanggungjawaban tidak berjalan lancar. Hasil penelitian juga menemukan bahwa ada variasi dalam bentuk pertanggungjawaban dari puskesmas ke dinas kesehatan. Variasi ini terjadi tidak saja diakibatkan oleh ketidakmampuan puskesmas dalam memahami Juknis pertanggungjawaban dana BOK, tetapi juga karena adanya variasi pemahaman di internal tim dinas kesehatan ketika melakukan verifikasi terhadap dokumen pertanggungjawaban dari puskesmas. Ditambah lagi dengan kejadian sulitnya menemui petugas dinas untuk proses verifikasi dokumen. Hal ini terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“kendalanya, pertanggungjawaban puskesmas masih kadang morat-marit. administrasinya mereka yang belum rapi. contohnya surat tugas. kadang satu dengan versinya dan satu lagi dengan versinya. ada tanggal yang nomornya harus nya dahulu, nanti ada nomor lagi yang masih muda di belakang.” (R4, Dinas Kesehatan)

“kendalanya karena tenaga puskesmas itu kan banyak yang perawat dan bidan yang tidak terlalu paham administrasi. kita punya pendampingan juga kurang ke puskesmas. namun, karena SDM di dinas juga terbatas maka pendampingan juga tidak maksimal.” (R4, Dinas Kesehatan).

“sebagian besar teman-teman tidak mahir komputer jadi kesulitan dalam administrasi. Kemudian administrasinya juga kurang. ada teman-teman yang turun lapangan belum ada surat tugas. Akhirnya bendahara pontang-panting kerja bahkan laporan juga kadang bendahara juga yang kerja.” (R6, Puskesmas)

Dampak dari berbagai macam kelemahan dan hambatan baik dari proses perencanaan maupun pelaksanaan, menyebabkan dana BOK tidak terserap secara maksimal. Kondisi tahun 2012, serapan dana di kabupaten Sabu Raijua secara keseluruhan sekitar 94 persen. Di salah satu puskesmas, serapan dana BOK hanya sekitar 70-80 persen. Hal ini terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“ada dana yang dikembalikan sekitar 2 jutaan.” (R2, Puskesmas)

“realisasinya sekitar 94%, ada sisa dana yang dikembalikan. itu sisa dananya itu untuk manajemen dinas. ada beberapa kegiatan yang tidak direalisasi untuk manajemen dinas.” (R3, Dinas Kesehatan)

“Serapan kita sekitar 70-80% di tahun 2012. Untuk lebih jelasnya, nanti tanya di bendahara saja.” (R6, Puskesmas)

Hasil penelusuran dokumen pada beberapa puskesmas yang diambil sebagai sampel diketahui bahwa sebagian dana BOK memang tidak terserap semuanya. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Alokasi dan Penyerapan Dana BOK tahun 2012

Puskesmas	Alokasi 2012	Serapan 2012	Persentase Penyerapan (%)
Puskesmas Seba	330,317,000	326,843,000	98,84
Puskesmas Eilogo	272,208,000	217,724,500	79,98
Puskesmas Bolou*	-	-	-

*data anggaran tidak diperoleh pada saat penelitian

Sumber: Laporan Pertanggungjawaban Dana BOK Puskesmas Eilogo dan Puskesmas Seba tahun 2012

Penelitian ini menemukan bahwa dinas kesehatan tidak melakukan evaluasi dan monitoring secara terintegratif terhadap kinerja pelayanan kesehatan di tingkat primer dan hanya terfokus pada upaya tertib administrasi saja. Sampai dengan penelitian ini dilakukan, belum upaya yang dilakukan oleh dinas untuk menata Standar Operasional Prosedur untuk aspek pertanggungjawaban keuangan BOK. Hal ini terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“terlepas dari BOK, kalau untuk program biasa datang, ada monev, liat data, omong-omong dengan kepala puskesmas. Biasanya penyakit saja.” (R2, Puskesmas)

“masing-masing puskesmas dengan gaya masing-masing dalam proses pertanggungjawaban BOK (R2, puskesmas)

Evaluasi terhadap kinerja pelayanan, baru mulai dilakukan tahun 2013 dengan merujuk pada SPM.

Langkah yang saat ini ditempuh oleh dinas adalah perhitungan SPM untuk tiga tahun terakhir (2011 - 2013). Selama ini, puskesmas melakukan kegiatan tanpa adanya target kinerja yang terarah dan diketahui secara bersama di tingkat kabupaten. Menurut beberapa kepala puskesmas dan petugas di dinas kesehatan, perhitungan SPM ini nantinya akan menjadi dasar dalam penentuan kegiatan dan target kinerja pelaksanaan BOK tahun yang akan datang. Hal ini terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“kami juga baru tau..ternyata ada 18 indikator yang harus di capai. Ternyata kegiatan-kegiatan ini yang harus di fokuskan trus capaiannya juga ada. Contohnya K4 yang harusnya 80% baru tau waktu sekarang. Terus terang, 2011 tidak tau harus dicapai berapa, pokoknya kerja-kerja sajalah....” (R1, Puskesmas)

“kami sendiri baru dapat sosialisasi dari provinsi (biro organisasi kantor gubernur) pada bulan Juli 2013. Jadi komitmen kita baru mulai ada.” (R4, Dinas Kesehatan)

Dampak Kebijakan BOK Bagi Kinerja Sistem Kesehatan

Kebijakan BOK pada hakekatnya adalah untuk membantu daerah dalam hal biaya operasional program preventif dan promotif untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan yakni cakupan pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan pelayanan kesehatan terutama program-program prioritas belum menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam 3 tahun terakhir. Angkanya masih jauh di bawah target SPM yang ditetapkan secara nasional. Selengkapnya mengenai kinerja program atau cakupan layanan kesehatan primer dalam tiga tahun terakhir dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3. Output Pelayanan Kesehatan Tingkat Puskesmas berdasarkan beberapa Indikator Utama SPM di Kabupaten Sabu Raijua Periode Tahun 2011-2013

Indikator Pelayanan Kesehatan Dasar	2011 (%)	2012 (%)	2013 (Januari - Juni) (%)
Cakupan K1	93,77	83,20	35,80
Cakupan K4	63,47	59,40	18,70
Deteksi Ibu Hamil Resti oleh Nakes	14,1	93,30	42,10
Cakupan persalinan oleh Nakes	35,31	27,90	20,61
Cakupan penanganan komplikasi Kebidanan	13,00	17,40	31,00
Cakupan Vitamin A Untuk Ibu Nifas	48,00	68,40	29,80
Cakupan Kunjungan Nifas	48,00	65,90	27,60
Cakupan Kunjungan Neonatal	49,60	68,30	27,10
Cakupan Peserta KB Aktif	29,20	34,60	31,00
Jumlah Kematian Ibu	7,00	7,00	0,00
Jumlah kematian Bayi	32,00	33,00	1,00

Sumber: Laporan F1-F8, Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar, Dinas Kesehatan Sabu Raijua Tahun 2011-2013.

Terdapat beberapa indikator penting yaitu Cakupan K4 menunjukkan nilai di bawah angka relatif 80% seperti yang ditetapkan secara nasional. Demikian juga dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang hanya berkisar antara 20-35% dalam kurun waktu 3 tahun terakhir. Keadaan yang lebih krusial lagi adalah masih tinggi jumlah kematian ibu dan bayi. Data-data ini menunjukkan bahwa kinerja pelayanan di sektor primer belum mengalami peningkatan. Implementasi kebijakan BOK belum efektif atau dengan kata lain belum sepenuhnya memberikan dampak yang besar bagi peningkatan kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan.

PEMBAHASAN

Urusan kesehatan adalah salah satu urusan pemerintahan yang telah terdesentralisasi. Dalam konteks ini, maka dalam implementasi sistem kesehatan, peran pemerintah daerah menjadi sangat besar bila di dibandingkan dengan peran pemerintah pusat. Salah satu fungsi yang penting dalam operasional sistem kesehatan daerah adalah fungsi pembiayaan sebab untuk menjalankan sistem kesehatan secara baik diperlukan dukungan fiskal yang memadai. Menurut, Trisnantoro¹³, salah satu hal menarik sebagai dampak desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar dan bervariasi antar daerah baik kabupaten maupun provinsi. Bagi daerah dengan kapasitas fiskal yang besar, relatif tidak sulit dalam menjalankan sistem kesehatan sedangkan daerah dengan kapasitas fiskal rendah mengalami kekurangan dana untuk menjalankan sistem kesehatan. Dana APBD tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Dalam rangka membantu daerah yang kekurangan dana, pemerintah pusat kemudian mengeluarkan berbagai kebijakan pembiayaan seperti BOK, Jamkesmas dan Jampersal⁵. Kompleksitas pelayanan kesehatan yang dibarengi dengan makin langkanya sumber daya membutuhkan pemakaian dana yang cukup besar¹⁴.

Kebijakan BOK merupakan kebijakan yang diambil pemerintah pusat untuk mengatasi kekurangan dana operasional program promotif dan preventif. Pelaksanaan kebijakan ini menghadapi tantangan yang cukup besar di era desentralisasi. Beberapa tantangan yang mencuat antara lain keterbatasan kemampuan keuangan pemerintah dan kesulitan teknis penyaluran dana dari pusat ke daerah. Implikasi dari hal ini adalah daerah mengalami kesulitan teknis dalam hal perencanaan dan penyerapan¹³. Penelitian ini membuktikan implikasi tersebut. Di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan, implementasi kebijakan BOK belum maksimal. Dari perspektif

manajemen, berbagai hambatan/kendala di jumpai pada seluruh tahapan baik pada tahap perencanaan, pelaksanaan maupun pada tahap evaluasi.

Pada tahap perencanaan misalnya ditemukan adanya keterlambatan proses perencanaan di tingkat puskesmas karena terlambat diterimanya Juknis BOK oleh puskesmas. SDM puskesmas juga masih lemah dalam membuat fokus dan arah kegiatan yang efektif bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kualitas perencanaan masih rendah. SDM puskesmas belum memiliki kemampuan untuk menganalisis akar masalah kesehatan sehingga jenis kegiatan yang dibuat sebagian besar berbasis pada contoh kegiatan ada dalam Juknis dan jenis kegiatannya relatif sama dari tahun ke tahun. Di sisi lain, pendampingan dan pembinaan dari dinas kesehatan juga sangat kurang. Selama ini puskesmas tidak memiliki target program yang terarah dan terukur. Implikasinya, kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas tidak diarahkan pada pencapaian kinerja pelayanan secara makro tetapi hanya sekedar memenuhi persyaratan dan tuntutan kebijakan pemerintah pusat semata.

Pada tahap pelaksanaan, problem besarnya adalah keterlambatan pencairan dana. Dengan adanya keterlambatan ini, maka jenis kegiatan yang dilakukan dari awal tahun sampai pertengahan tahun hanya bersifat kegiatan rutin dengan menggunakan mekanisme pembiayaan secara informal seperti menggunakan uang saku petugas, berhutang sementara atau menggunakan dana kas puskesmas yang disisihkan dari periode tahun anggaran sebelumnya. Fenomena seperti ini tentunya tidak akan memberikan daya ungkit yang besar dalam peningkatan kinerja sistem kesehatan. Masalah lainnya pada tahap pelaksanaan adalah keterbatasan tenaga kesehatan untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Banyak terjadi rangkap tugas yang berimplikasi pada tingginya beban kerja. Selanjutnya, adalah masalah keterbatasan sarana transportasi dan kelangkaan BBM. Kebijakan pemerintah dalam distribusi BBM yang belum memadai menyebabkan terjadinya kelangkaan BBM di daerah. Kelangkaan BBM di daerah akan memicu tingginya harga jual BBM secara eceran. Jika harga jual eceran semakin tinggi maka hal ini secara langsung akan meningkatkan biaya operasional kegiatan puskesmas. Dalam pelaksanaan program juga masih ditemukan adanya konflik antar petugas puskesmas terutama pembagian peran dalam melakukan kegiatan "dalam gedung" dan "luar gedung".

Pada tahap evaluasi juga masih dijumpai berbagai kendala diantaranya administrasi pertanggung-

jawaban yang masih belum memadai dan tidak ter-serapnya dana BOK secara optimal. Hal ini disebabkan oleh kelemahan SDM pengelola, kelemahan managerial puskesmas dan belum adanya SOP yang jelas terkait sistem pertanggungjawaban kegiatan. Di dinas kesehatan sendiri, tim pengelola BOK belum memiliki persepsi yang sama dalam pengelolaan dana BOK baik dalam hal proses perencanaan (konsultasi PoA) maupun dalam proses pertanggungjawaban (verifikasi laporan pertanggungjawaban). Inilah kemudian yang menyebabkan implementasi kebijakan BOK belum memiliki daya ungkit yang besar dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Berbagai kendala dan hambatan di atas menjadi suatu tantangan tersendiri dalam implementasi kebijakan pusat di daerah. Adanya peningkatan pembiayaan dari pemerintah pusat sebenarnya dipandang sebagai hal yang positif bagi perkembangan dan penguatan sistem kesehatan di daerah. Namun, asumsi itu tidak sepenuhnya benar karena: 1) jumlah biaya yang dialokasikan belum tentu cukup untuk menutupi kekurangan biaya pelayanan kesehatan di tingkat daerah dan 2) peruntukkan biaya mungkin saja tidak sesuai dengan kebutuhan atau masalah kesehatan di daerah.

Peningkatan pembiayaan melalui dana BOK ini seharusnya kinerja sistem kesehatan daerah makin membaik. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan pelayanan di tingkat puskesmas dan kabupaten secara keseluruhan belum menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam tiga tahun terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan dana semata-mata tidak menjamin keberhasilan pelaksanaan sistem kesehatan di daerah. Peningkatan pembiayaan dari pemerintah pusat tidak secara otomatis menyelesaikan seluruh persoalan kesehatan di daerah. Ada dua faktor utama yang menyebabkan hal tersebut yakni transfer dana yang tidak diimbangi dengan pemberian *decision space* yang besar bagi pemerintah daerah¹⁵ dan yang kedua adalah keterbatasan input SDM baik dari sisi kualitas maupun kuantitas serta keterbatasan sarana prasarana dalam menjalankan sistem kesehatan di daerah. Dalam konteks Kebijakan BOK pemberian *decision space*, relatif sempit. Menu kegiatan BOK secara makro sudah ditentukan oleh pemerintah pusat yaitu untuk program preventif dan promotif sedangkan secara mikro ditentukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Hal ini terbukti dari proses perencanaan kegiatan yang harus mengacu pada Juknis BOK yang dikeluarkan pemerintah pusat. Jika Juknis ini terlambat diterima oleh puskesmas maka semua

proses implementasi kegiatan bersumber dana BOK akan terhambat.

Selanjutnya, terkait dengan input terutama kondisi sumber daya, tenaga dan sarana kesehatan. Ada daerah yang memiliki sumberdaya kesehatan yang memadai dan ada pula yang tidak. Oleh karena itu, pertimbangan faktor sumber daya manusia dan prasarana kesehatan daerah perlu diperhatikan oleh pemerintah pusat dalam alokasi dana untuk operasional sistem kesehatan daerah. Pemerintah daerah juga perlu memberi perhatian serius terkait penyediaan sumber daya kesehatan karena peningkatan skala intervensi untuk memperbaiki kinerja sistem kesehatan daerah salah satunya dipengaruhi ketersediaan sumber daya manusia dan infrastruktur¹⁶. Kuantitas dan kualitas sumber daya kesehatan di daerah sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program baik dalam aspek perencanaan maupun pelaksanaan program.

Tidak dapat dipungkiri bahwa kualitas perencanaan di tingkat puskesmas masih rendah. Dalam proses perencanaan memang masih terdapat kesulitan untuk merubah mindset pelaku perencanaan dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" menjadi "*performance based-budgeting*". Kesulitan lainnya adalah rendahnya kompetensi SDM perencana dan tidak lancarnya pelaporan kegiatan kesehatan³. Untuk memperbaiki hal ini diperlukan keterpaduan horisontal/lintas sektor di setiap hierarki pemerintahan dengan pendekatan "*bottom up planning*". Keterpaduan ini penting karena masalah kesehatan tidak hanya merupakan masalah medis saja tetapi juga masalah sosial dan politik. Keterpaduan juga penting dan bermanfaat untuk memperluas rentang pemindaian terhadap berbagai masalah kesehatan sehingga sensitivitas dan daya tanggap rencana kesehatan dalam mengatasi persoalan kesehatan menjadi lebih baik¹⁶.

Model ideal pengambilan keputusan dalam pendekatan *bottom up* ini adalah model rasional. Model pengambilan keputusan rasional adalah pengambilan keputusan yang melibatkan pemilihan di antara pilihan-pilihan yang berlaku paling memungkinkan dalam pencapaian tujuan yang ditentukan dimulai dari identifikasi masalah, perangkingan terhadap nilai-nilai yang ada, pembuatan strategi alternatif, dan akhirnya penetapan kegiatan intervensi dan sumber daya yang digunakan¹⁷. Setiap pengambilan keputusan untuk penetapan usulan kegiatan harus berbasis bukti agar kegiatan tersebut efektif dalam menjawab kebutuhan konsumen¹⁷. Oleh karena itu, kegiatan pengumpulan data dan perbaikan kualitas data dan pelaporan harus dibenahi. Pelaksanaan

pendekatan *bottom up* berbasis bukti ini juga harus melibatkan berbagai pihak terutama partisipasi aktif masyarakat dan segenap stakeholder dalam rangka meningkatkan “ownership” terhadap kegiatan kesehatan yang dijalankan. Adanya “ownership” yang tinggi dari seluruh stakeholder menjadi prakondisi yang baik bagi keberhasilan pelaksanaan kegiatan.

Tantangan berikutnya dalam pelaksanaan kegiatan BOK adalah ketepatan alokasi atau penggunaan dana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan dana belum diarahkan pada upaya pencapaian target yang terarah dan terukur di tingkat kabupaten. Azwar¹⁴ menyatakan bahwa walau diusahakan dengan cara apapun, biaya kesehatan yang ada selalu terbatas. Bertitik tolak pada keadaan ini, maka isu yang paling penting dalam pembiayaan kesehatan adalah bukan pada upaya penambahan biaya melainkan pada pengaturan penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia. Dua hal penting dalam konteks penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia adalah efektivitas dan efisiensi. Efektivitas merujuk pada upaya mengubah penyebaran dan alokasi penggunaan sumber dana sedangkan efisiensi merujuk pada mekanisme pengendalian atau pengawasan sehingga sumber daya yang tersedia dimanfaatkan secara tepat dalam menghasilkan manfaat yang maksimum. Penggunaan dana yang efektif adalah penggunaan dana yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang ditandai dengan adanya peningkatan kinerja program kesehatan sedangkan penggunaan dana yang efisien adalah penggunaan dana yang memilih alternatif terbaik untuk mencapai output yang maksimal. Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penggunaan dana BOK maka kualitas perencanaan harus diperbaiki dan dinas kesehatan perlu mengintensifkan pembinaan kepada puskesmas dalam konteks pencapaian target kinerja SPM tingkat kabupaten.

Tantangan lainnya terkait implementasi kebijakan BOK di daerah adalah keterlambatan pencairan dana. Hal ini terjadi sebagai efek domino dari keterlambatan perencanaan dan perubahan kebijakan pengelolaan keuangan oleh pemerintah pusat. Kecepatan aliran dana merupakan faktor yang sangat krusial dalam implementasi kegiatan program puskesmas. Masalah kesehatan bisa terjadi kapan saja. Oleh karena itu, sistem kesehatan juga harus siap sedia setiap saat untuk menanggulangi berbagai masalah yang muncul. Kecepatan aliran dana akan sangat menentukan kapan suatu kegiatan dimulai dan kualitas dari pelaksanaan kegiatan tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pencairan dana BOK dilakukan di kuartal ketiga dan keempat dalam

satu tahun anggaran. Dalam kondisi ini, efektivitas dan efisiensi anggaran sulit tercapai. Menurut Trisnantoro³, sangat sulit mencapai target program secara maksimal dengan penggunaan dana yang cukup besar dalam waktu yang singkat.

Dampak lain dari keterlambatan pencairan dana adalah ketidakpastian pembiayaan dalam kegiatan program. Ketidakpastian pembiayaan ini menyulitkan tenaga kesehatan yang ada di tingkat pelayanan dasar yakni di kecamatan dan desa/posyandu. Tenaga kesehatan terpaksa mengeluarkan biaya sendiri atau berhutang kepada pihak lain. Dalam kondisi ketidakpastian pembiayaan ini, sangat sulit membuat inovasi yang memiliki daya ungkit yang besar bagi peningkatan cakupan pelayanan. Kegiatan yang dilaksanakan dari awal tahun sampai pertengahan tahun didominasi oleh kegiatan rutin seperti posyandu. Dengan kata lain, kegiatan yang dijalankan bersifat biasa-biasa saja. Penelitian Azante¹⁹ di Ghana yang menemukan bahwa keterlambatan pencairan dana berpotensi mengacaukan implementasi kegiatan kesehatan dan menurunkan moral kerja dari pegawai.

Waktu pencairan dana yang dilakukan pada akhir tahun atau pertengahan tahun menghasilkan dua kemungkinan besar. Kemungkinan pertama adalah rendahnya penyerapan anggaran karena waktu pelaksanaan kegiatan relatif sempit. Kemungkinan kedua adalah penyerapan dana yang tinggi melalui pertanggungjawaban keuangan yang fiktif. Jika kemungkinan pertama yang terjadi, maka akan ada pengurangan alokasi oleh penyandang dana karena dianggap tidak memiliki kemampuan untuk mengelola dan menghabiskan biaya. Sebaliknya, jika kemungkinan kedua yang terjadi, maka keterlambatan pencairan dana menciptakan peluang dan ruang yang besar untuk terjadinya korupsi dalam sistem kesehatan. Menurut Vian²⁰, penyalahgunaan wewenang atau perilaku korupsi dalam sektor kesehatan dipengaruhi oleh besarnya peluang yang ada untuk melakukan penyalahgunaan tersebut. Besarnya peluang itu sendiri tersebut dipengaruhi oleh adanya monopoli dalam pengelolaan dana, tekanan dari pihak-pihak yang memiliki otoritas baik dari internal maupun eksternal dan minimnya fungsi pengawasan. Laporan UNDP⁹ menyatakan bahwa salah satu faktor yang menjadi penghambat tercapainya tujuan MDGs ialah adanya korupsi dalam sistem kesehatan.

Salah satu fenomena menarik dengan adanya kebijakan BOK, pemerintah daerah Kabupaten Sabu Raijua tidak lagi mengalokasikan dana dari APBD untuk operasional program preventif dan promotif di puskesmas sejak tahun 2010. Dana BOK menjadi

satu-satunya sumber dana yang digunakan untuk membiayai operasional program preventif dan promotif di tingkat puskesmas. Mekanisme “*fund channeling*” BOK sebagai satu-satunya sumber dana utama ternyata belum memberikan hasil yang optimal. Secara keseluruhan, kebijakan BOK ini perlu diperbaiki agar tujuan kebijakan ini dapat dicapai. Di tingkat makro, dalam rangka mengatasi keterlambatan Juknis dan keterlambatan pencairan, pemerintah pusat perlu merubah mekanisme “*fund channeling*” dari Tugas pembantuan ke mekanisme “Dana Alokasi Khusus” (DAK). Dengan menggunakan mekanisme DAK, Juknis tidak diperlukan lagi di tingkat puskesmas dan keterlambatan pencairan bisa teratasi dengan sendirinya ketika dana BOK masuk dalam APBD daerah. Pencairan dana APBD relatif lebih mudah dilakukan dengan akses yang lebih terjangkau, sementara pencairan dana melalui KPPN relatif lebih sulit bagi daerah DTPK karena biaya transport dan akses yang sulit ke kantor KPPN di kota provinsi. Prosedur yang rumit dalam pertanggungjawaban pengucuran dana BOK (Tugas Pembantuan) perlu untuk dikaji ulang mengingat bahwa mekanisme Tugas Pembantuan kurang sejalan dengan semangat desentralisasi dan cenderung membuat daerah untuk kembali bergantung kepada pusat. Menurut Mulyawan⁷ terdapat beberapa alasan pendukung dari segi regulasi terkait mengapa mekanisme transfer ini perlu dirubah antara lain: 1) Undang-Undang No. 33/2004 dalam pasal 108 menyatakan bahwa Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan yang merupakan bagian dari anggaran kementerian negara/lembaga yang digunakan untuk melaksanakan urusan yang menurut peraturan perundang-undangan menjadi urusan daerah, *secara bertahap dialihkan menjadi* Dana Alokasi Khusus. Konsekuensi logis dari kepatuhan terhadap pasal ini maka mestinya mekanisme penyaluran dana BOK yang menggunakan mekanisme Tugas Pembantuan memungkinkan dari segi undang-undang untuk beralih ke mekanisme DAK, 2) DAK merupakan mekanisme alokasi anggaran perimbangan untuk mendanai prioritas pembangunan. Berdasarkan UU No. 33/2004 dan PP No. 55/2005 DAK merupakan dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. Dana BOK merupakan dana khusus dari pemerintah pusat yang digunakan untuk membantu operasional program kesehatan esensial yang terkait dengan prioritas nasional yaitu pencapaian MDGs. Berpijak pada hal tersebut, maka dapat disimpulkan

bahwa secara esensi penyaluran Dana BOK dan peruntukannya sejalan dengan penyaluran dana DAK. Hal ini di dukung oleh pernyataan dalam pasal 50 dan pasal 51 PP No 55/2005. Oleh karena ini, secara substansial dalam regulasi yang ada, perubahan mekanisme “*fund channeling*” dana BOK menjadi DAK sangat mungkin dilakukan sesuai tujuannya, 3) Selama ini, DAK selalu dipersepsikan bahwa peruntukannya adalah untuk belanja fisik padahal jika ditinjau lebih lanjut, persepsi tersebut tidak benar. Dana Alokasi Khusus (DAK) tidak hanya terbatas pada fisik dan peralatan serta obat-obatan saja melainkan juga bisa digunakan untuk belanja yang lain dan alokasinya dilakukan dengan mempertimbangkan kemampuan fiskal daerah. Hal ini dapat didukung oleh Peraturan Pemerintah No. 55/2005 yakni pasal 50, pasal 51, pasal 52, dan pasal 57. Besaran DAK ditetapkan dalam APBN atas usul menteri teknis terkait setelah berkoordinasi dengan Menteri Dalam Negeri, Menteri Keuangan dan Menteri Bappenas. Alokasi dana harus dilakukan dengan menggunakan kriteria umum, khusus dan teknis. Kriteria teknis ini ditentukan oleh menteri terkait. Berkaitan dengan Dana BOK, kriteria teknis ditentukan oleh Menteri Kesehatan. Menteri Kesehatan memiliki kewenangan yang besar dalam menentukan menu kegiatan atau program yang dibiayai dari DAK. Dengan demikian, dana BOK dapat ditetapkan oleh menteri kesehatan untuk belanja operasional, dan 4) Alasan terakhir adalah alasan praktis. Kerumitan proses pertanggungjawaban dana melalui KPPN dan tidak familiarnya tenaga di daerah dengan aturan pertanggungjawaban di KPPN menyebabkan pencairan dana mengalami keterlambatan. Aturan akuntansi yang ketat menyulitkan pengelola dalam pertanggungjawaban keuangan baik di dinas dan puskesmas. Beban kerja di tingkat pengelola BOK baik di puskesmas dan dinas kesehatan meningkat dan kemungkinan besar merugikan masyarakat karena waktu pelayanan dihabiskan untuk urusan administrasi. Pencairan dana BOK yang disalurkan melalui DAK akan dicairkan lebih mudah. Melalui mekanisme DAK, dana BOK akan masuk dalam pembahasan APBD di daerah. Penyesuaian terhadap waktu pelaksanaan kegiatan lebih mudah karena pemerintah daerah memiliki kewenangan yang besar dalam penggunaan uang yang berasal dari APBD.

Di tingkat meso (pemerintah daerah), untuk menjamin efektivitas implementasi kebijakan BOK, pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan perlu memperbaiki kapasitas manajerial terkait pengelolaan dana BOK. Sumber daya manusia dan sarana prasarana perlu ditingkatkan kualitas dan

kuantitasnya. Dinas kesehatan juga perlu melakukan pendampingan/pembinaan terhadap proses perbaikan kualitas perencanaan di tingkat puskesmas dan evaluasi terhadap kinerja pelayanan puskesmas berdasarkan SPM dan target MDGs. Di tingkat mikro (puskesmas sebagai pelaksana), perlu meningkatkan partisipasi masyarakat/stakeholder dalam perencanaan kegiatan dalam rangka meningkatkan "ownership" terhadap pelaksanaan kegiatan program kesehatan. Dengan adanya "ownership" dari masyarakat dan segenap stakeholder terhadap program kerja puskesmas maka tingkat partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di tingkat primer menjadi lebih tinggi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan Kebijakan BOK di daerah DTPK belum optimal. Masih ditemukan berbagai kendala dan hambatan baik dalam tahap perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi. Berbagai kendala dan hambatan ini berimplikasi pada inefisiensi penggunaan dana BOK. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya inefisiensi dalam penggunaan dana BOK adalah keterbatasan jumlah dan kualitas sumber daya manusia untuk menjalankan program-program puskesmas sehingga terjadi rangkap tugas yang berimplikasi pada tingginya beban kerja (pelayanan dan administrasi); keterlambatan Juknis BOK dan sosialisasinya dari pemerintah pusat dan kabupaten kepada puskesmas terkait pemanfaatan dana BOK; lemahnya kapasitas manajemen dinas kesehatan dalam mengelola manajemen pelaksanaan dana BOK karena adanya variasi pemahaman secara internal tentang peruntukan dana BOK; kurangnya penggunaan data atau *evidence* dalam penyusunan rencana kegiatan; dan keterlambatan pencairan dana yakni sering menumpuk pada kuartal ke-4 (akhir tahun)

Implementasi Kebijakan BOK di daerah DTPK belum memberi daya ungkit yang besar dalam peningkatan kinerja sistem kesehatan daerah.

Saran

Bagi pemerintah pusat: merubah mekanisme "*fund channeling*" dari Tugas pembantuan ke mekanisme "Dana Alokasi Khusus" (DAK). Bagi pemerintah daerah: memperbaiki kapasitas manajerial terkait pengelolaan dana BOK, meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dan sarana prasarana, melakukan pendampingan/pembinaan yang intensif terhadap proses perbaikan kualitas perencanaan di tingkat puskesmas; dan mengevaluasi kinerja pelayanan puskesmas berdasarkan

SPM dan target MDGs secara berkala. Bagi puskesmas: meningkatkan partisipasi masyarakat/stakeholder dalam perencanaan kegiatan dalam rangka meningkatkan "ownership" terhadap pelaksanaan kegiatan program kesehatan.

REFERENSI

1. Kementerian Kesehatan RI, Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2010.
2. Harbianto D, Review Anggaran Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: "Apakah kurang? Tetapi kenapa ada sisa?". Notulensi, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2011.
3. Trisnantoro L, Handono D, (2009). Inovasi dalam Pemberian Pelayanan Berdasarkan Kontrak di RSD Cut Nya' Dien Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Berau dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007- Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, BPFE, Yogyakarta, 2009.
4. Gani A, Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi, Makalah Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan, Bandung, 2006.
5. Kementerian Kesehatan RI, Petunjuk Teknis BOK 2011, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, 2011.
6. Pani ME, Trisnantoro L, Zaenab SN, Evaluasi Implementasi Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan Di Tiga Puskesmas Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2011, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2012;1(3):161-167.
7. Mulyawan H, Trisnantoro L, Zaenab SN, Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan Di Dinas Kesehatan (Studi Kasus Di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong Tahun 2011). Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2012;1(3):144-153.
8. Bahar AS, Trisnantoro L, Handono DS, Peran Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kaimana Dalam Pembinaan Dan Pengawasan Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan Jamkesmas Dan Jampersal Tahun 2011. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2012;1(4):182-191.
9. UNDP, Human Development Report 2011 - Sustainability and Equity: A Better Future for All. New York, 2011.

10. Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Sabu Raijua, Profil Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010, Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Sabu Raijua, Sabu, 2010.
11. Dodo DO, Trisnantoro L, Riyarto S, Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu Dan Anak Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan Health Account. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2012;1(1):13-23.
12. Yin RK, *Studi Kasus-Desain & Metode*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2009.
13. Trisnantoro L, Atmawikarta A., Marhaeni DH, dan Harbianto D, Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan Dan Reposisi Peran Pusat Dan Daerah dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007-Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, Yogyakarta, 2009.
14. Azwar A, *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ke-3, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
15. Herawati DMD, (2006). *Decision Space dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2006;09(3): 118-120.
16. Probandari A, Murti B, *Perencanaan dan Penentuan Prioritas Kesehatan dalam Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan Kabupaten dan Kota*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2006.
17. Buse K, Mays N, Walt G, *Making Health Policy – Understanding Public Health.*:Open University Press, London, 2005.
18. Gray MJA, *Evidence-Based Health care. How To Make Health Policy and Management Decisions*, Churchill Livingstone, London, 2001.
19. Asante, Augustine D, Zwi, Anthony B, Ho, Maria T, Getting by on credit: how district health managers in Ghana cope with the untimely release of funds. *BMC Health Services Research*, 2006;6:105:10.1186/1472-6963-6-105.
20. Vian, Tanry, *Review of Corruption in The Health Sector: Theory, Methods and Interventions*. *Journal Health Policy and Planning* ,2008; 23:83–94.