

Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (Kode : KMS 473)



**Dosen Pengampu:
Nauri Anggita Temesvari, SKM, MKM**

**Prodi Kesehatan Masyarakat
Universitas Esa Unggul
2018**

Pertemuan 13

Pengawasan Pelaksanaan Kebijakan

Kebijakan publik menurut Thomas Dye (1981) dalam Winarno (2012) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*whatever government choose to do or not to do*). Definisi ini menunjukkan bahwa kebijakan publik dibuat oleh badan pemerintah dan kebijakan publik juga menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan. Segala keputusan yang diambil pemerintah adalah kebijakan, namun tidak mengambil keputusan pun adalah suatu kebijakan.

Sebelumnya, Rose (1969) dalam Winarno (2012) mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensinya bagi mereka yang bersangkutan .

Selanjutnya, menurut James Anderson (1979) dalam Subarsono (2009), kebijakan publik adalah serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud yang ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan.

Definisi lain dinyatakan Nugroho (2008), bahwa kebijakan publik adalah keputusan yang dibuat oleh negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan untuk mengantar masyarakat menuju pada masyarakat yang dicita-citakan.

Sementara menurut William Dunn (1995) kebijakan publik adalah pedoman yang berisi nilai-nilai dan norma-norma yang mempunyai kewenangan untuk mendukung tindakan-tindakan pemerintah dalam wilayah yurisdiksinya. Kebijakan publik muncul dari adanya permasalahan publik dan kebijakan yang dihasilkan merupakan upaya penyelesaian masalah tersebut. Namun tidak semua permasalahan menjadi permasalahan publik yang dianggap membutuhkan suatu kebijakan. Lahirnya suatu kebijakan akan melalui suatu proses yang disebut siklus kebijakan publik.

Kebijakan publik menurut Chandler dan Plano dalam Keban (2008) adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya-sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Sedangkan menurut Suwitri dalam Suaedi dan Wardiyanto (2010), kebijakan publik adalah

serangkaian tindakan berupa pilihan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu dalam rangka mencapai tujuan negara yang merupakan kepentingan publik dengan memperhatikan input yang tersedia, berdasarkan usulan dari seseorang atau kelompok orang di dalam pemerintahan atau di luar pemerintahan.

Selanjutnya menurut Subarsono (2005), kebijakan publik merupakan bagian dari studi ilmu administrasi negara, tetapi bersifat multidisipliner, karena banyak meminjam teori, metode dan teknik dari studi ilmu sosial, ilmu ekonomi, ilmu politik, dan ilmu psikologi. Studi kebijakan publik mulai berkembang pada awal tahun 1970-an terutama dengan terbitnya tulisan Harold D. Laswell tentang Policy Sciences. Fokus utama studi ini adalah pada penyusunan agenda kebijakan, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan.

Menurut Solichin Abdul Wahab (1997) Istilah *public policy* (kebijaksanaan negara) seringkali penggunaannya saling ditukarkan dengan istilah-istilah lain seperti tujuan (*goals*) program, keputusan, undang-undang, ketentuan-ketentuan, usulan-usulan dan rancangan-rancangan besar. Bagi para pembuat kebijaksanaan (*policy makers*) dan para sejawatnya istilah-istilah itu tidaklah akan menimbulkan masalah apapun karena menggunakan referensi yang sama. Namun bagi orang-orang yang berada di luar struktur pengambilan kebijaksanaan istilah-istilah tersebut mungkin akan membingungkan.

Menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa, kebijaksanaan itu diartikan sebagai pedoman untuk bertindak. Pedoman itu boleh jadi amat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, bersifat kualitatif atau kuantitatif, publik atau privat. Kebijaksanaan dalam maknanya seperti ini mungkin berupa suatu deklarasi mengenai suatu dasar pedoman bertindak, suatu arah tindakan tertentu, suatu program mengenai aktivitas-aktivitas tertentu atau suatu rencana (United Nations, 1975).

Seorang ahli, James E. Anderson (1979), merumuskan kebijaksanaan sebagai perilaku dari sejumlah aktor (pejabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu.

Kadangkala orang awam bingung dan tidak dapat membedakan antara kebijaksanaan (*policy*) dan politik (*politics*). Namun untuk mudahnya kita harus selalu ingat bahwa istilah *policy* itu dapat dan memang seharusnya bisa dipergunakan di luar konteks politik.

Menurut Budi Winarno (2007) dalam kehidupan modern seperti sekarang ini, kita tidak dapat lepas dari apa yang disebut sebagai kebijakan publik. Kebijakan-kebijakan tersebut kita temukan dalam bidang kesejahteraan sosial (*social welfare*), di bidang kesehatan, perumahan rakyat, pertanian, pembangunan ekonomi, hubungan luar negeri, pendidikan nasional dan lain sebagainya. Kebijakan-kebijakan tersebut ada yang berhasil namun banyak juga yang gagal.

Sedangkan Riant Nugroho (2008) merumuskan definisi kebijakan publik secara sederhana yakni “kebijakan publik adalah keputusan yang dibuat negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang dicita-citakan.”

Dengan demikian, kebijakan publik adalah sebuah fakta strategis daripada fakta politis ataupun teknis. Sebagai sebuah strategi, dalam kebijakan publik sudah terangkum preferensi-preferensi politis dari para aktor yang terlibat dalam proses kebijakan, khususnya pada proses perumusan. Sebagai sebuah strategi, kebijakan publik tidak saja bersifat positif, namun juga negatif, dalam arti pilihan keputusan selalu bersifat menerima salah satu dan menolak yang lain. Meskipun terdapat ruang bagi win-win dan sebuah tuntutan dapat diakomodasi, pada akhirnya ruang bagi win-win sangat terbatas sehingga kebijakan publik lebih banyak pada ranah zero-sum-game, yaitu menerima yang ini, dan menolak yang itu.

Dalam Subarsono (2005:3) dari hirarkinya dapat dilihat, kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional, maupun lokal, seperti Undang-undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Pemerintah Provinsi, Peraturan Pemerintah Kabupaten/Kota, dan Keputusan/Walikota. Sebagaimana juga diatur dalam Undang-undang No.10/2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan Pasal 7 mengatur jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- b. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang.
- c. Peraturan Pemerintah.
- d. Peraturan Presiden.
- e. Peraturan Daerah.

Kebijakan publik, menurut Riant Nugroho (2008) adalah keputusan otoritas negara yang bertujuan mengatur kehidupan bersama. Tujuan kebijakan publik dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Men-distribusi sumber daya negara kepada masyarakat, termasuk alokatif, realokatif, dan redistribusi, vesus meng-absorbsi atau menyerap sumber daya ke dalam negara.
- b. Regulative versus deregulatif.
- c. Dinamisasi versus stabilisasi.
- d. Memperkuat Negara versus memperkuat masyarakat/pasar.

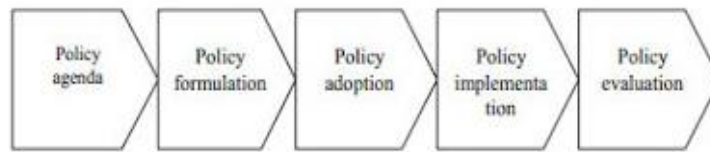
Pada praktiknya, setiap kebijakan mengandung lebih dari satu tujuan kebijakan yang dikemukakan di atas, dengan kadar yang berlainan. Kebijakan publik selalu mengandung multi-tujuan, yaitu untuk menjadikan kebijakan itu sebagai kebijakan yang adil dan seimbang dalam mendorong kemajuan kehidupan bersama.

Menurut Dye (1981), bahwa studi kebijakan publik memiliki tiga manfaat penting, yakni untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, meningkatkan profesionalisme praktis, dan untuk tujuan politik.

Dalam Budi Winarno (2007) kebijakan publik secara garis besar mencakup tahap-tahap perumusan masalah kebijakan, implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Sementara itu, analisis kebijakan berhubungan dengan penyelidikan dan deskripsi sebab-sebab dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan publik.

Menurut Subarsono (2005), analisis kebijakan merupakan proses kajian yang mencakup lima komponen, dan setiap komponen dapat berubah menjadi komponen lain melalui prosedur metodologi tertentu, seperti perumusan masalah, peramalan, rekomendasi, pemantauan, dan evaluasi.

James Anderson (1979) sebagai pakar kebijakan publik menetapkan proses kebijakan publik sebagai berikut:



Gambar 1 Proses Kebijakan Publik menurut Anderson

Menurut James A. Anderson, dkk. dalam Tilaar dan Nugroho (2005) proses kebijakan melalui tahap-tahap/stages sebagai berikut:

1. Agenda Kebijakan (*Policy Agenda*):

Apa masalahnya? Apa yang membuat hal tersebut menjadi masalah kebijakan? Bagaimana masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah?

2. Formulasi kebijakan (*Formulation*):

Bagaimana mengembangkan pilihan- pilihan atau alternatif-alternatif untuk memecahkan masalah tersebut Siapa saja yang berpartisipasi dalam formulasi kebijakan?

3. Penentuan kebijakan (*Adoption*):

Bagaimana alternatif ditetapkan? Persyaratan atau criteria seperti apa yang harus dipenuhi? Siapa yang akan melaksanakan kebijakan? Bagaimana proses atau strategi untuk melaksanakan kebijakan? Apa isi dari kebijakan yang telah ditetapkan?

4. Implementasi (*Implementation*):

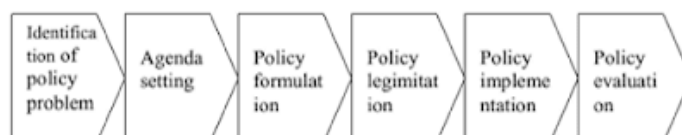
Siapa yang terlibat dalam implementasi kebijakan? Apa yang mereka kerjakan? Apa dampak dari isi kebijakan?

5. Evaluasi (*Evaluation*):

Bagaimana tingkat keberhasilan atau dampak kebijakan diukur? Siapa yang mengevaluasi kebijakan? Apa konsekuensi dari adanya evaluasi kebijakan?

Pendapat lain dari Dye menyatakan bahwa tahap proses kebijakan yang hampir mirip dengan model Anderson, dkk. Di model Dye terlihat bahwa proses kebijakan Anderson, dkk. mendapatkan satu tambahan tahap sebelum agenda setting, yaitu identifikasi masalah kebijakan. Dalam hal ini Dye melihat tahapan pra penentuan agenda (agenda setting) yang terlewatkan oleh Anderson, dkk..

Selain itu Dye juga menggantikan tahap *policy adoption* dengan *policy legitimation*. Namun dalam hal ini pergantian ini tidak memiliki perbedaan mendasar karena baik Anderson, dkk. dan Dye sama-sama menekankan pada proses legitimasi dari kebijakan itu menjadi suatu keputusan pemerintah yang sah.

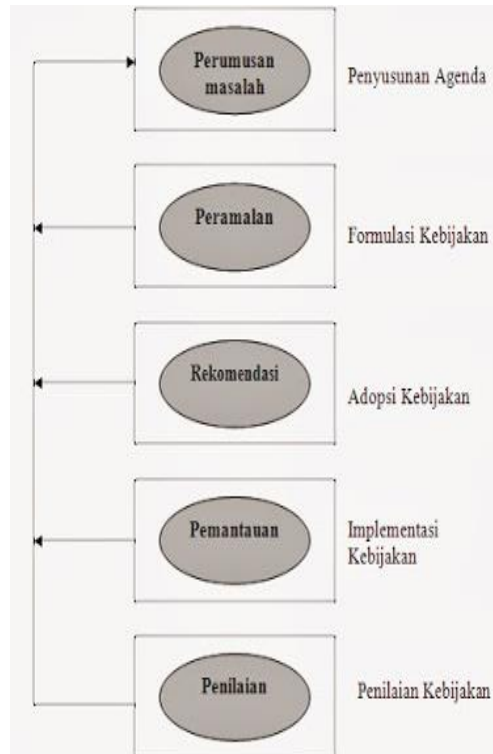


Gambar 2 Proses Kebijakan Publik Menurut Dye

Sedangkan menurut Subarsono (2005) bahwa proses analisis kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan. Sedangkan aktivitas perumusan masalah, forecasting, rekomendasi kebijakan, monitoring, dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang lebih bersifat intelektual.

Selain teori proses kebijakan dari Anderson, dkk. dan Dye terdapat teori lain seperti dari William N. Dunn dan Patton & Savicky. Baik Dunn maupun Patton & Savicky mengemukakan model-model proses kebijakan yang lebih bersifat siklis daripada tahap-tahap/stages. Dunn menambahkan proses forecasting, recommendation, dan monitoring. Hampir sama seperti Anderson, dkk. maupun Dye, Dunn membuat analisis pada tiap tahap dari proses kebijakan dari model Anderson, dkk. dan Dye.

William Dunn membagi siklus pembuatan kebijakan dalam 5 tahap yaitu :



Gambar 3 Siklus Pembuatan Kebijakan Dunn

1. Penyusunan agenda (*Agenda Setting*) yaitu agar suatu proses masalah bisa mendapatkan perhatian dari pemerintah;
2. Formulasi Kebijakan (*Policy Formulation*), merupakan proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah;
3. Pembuatan kebijakan (*Decision Making*) merupakan proses ketika pemerintah membuat pilihan untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan;
4. Implementasi kebijakan (*Policy Implementation*), yaitu proses melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil;
5. Evaluasi kebijakan yaitu proses untuk menilai hasil atau kinerja kebijakan yang telah dibuat.

Pada tiap tahap kebijakan Dunn mendefinisikan analisis kebijakan yang semestinya dilakukan. Pada tahap penyusunan agenda/*agenda setting*, analisis yang mesti dilakukan adalah perumusan masalah/*identification of policy problem*. Dalam hal ini Dunn membuat sintesis dari model Anderson, dkk. dan Dye yaitu menggabungkan tahapan antara *identification of problem* dan *agenda setting* dari Dye dengan tahap *policy agenda* dari Anderson. Pada tahap formulasi kebijakan/*policy formulation*, terdapat langkah analisis yang seharusnya dilakukan yaitu peramalan/*forecasting*.

Dunn menjelaskan: Peramalan dapat menguji masa depan yang plausibel, potensial, dan secara normatif bernilai, mengestimasi akibat dari kebijakan yang ada atau yang diusulkan, mengenali kendala-kendala yang mungkin akan terjadi dalam pencapaian tujuan, dan mengestimasi kelayakan politik (dukungan dan oposisi) dari berbagai pilihan.

Sedangkan Michael Howlet dan M. Ramesh (1995) menyatakan bahwa proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut:

1. Penyusunan Agenda (*Agenda Setting*), yakni proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah.
2. Formulasi Kebijakan (*Policy Formulation*), yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah.
3. Pembuatan Kebijakan (*Decision Making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan sesuatu tindakan.
4. Implementasi kebijakan (*Policy Implementation*), yaitu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil.
5. Evaluasi kebijakan (*Policy Evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan.

Namun demikian, ada satu pola yang sama, yang dikembangkan dari pendekatan dalam teori sistem oleh Riant Nugroho (2008) bahwa model formal proses kebijakan adalah dari “gagasan kebijakan”, formalisasi dan legalisasi kebijakan”, “implementasi”, baru kemudian menuju pada kinerja atau mencapai prestasi yang diharapkan-yang didapatkan setelah dilakukan evaluasi kinerja kebijakan.

MONITORING KEBIJAKAN PUBLIK

Monitoring

- Monitoring adalah aktifitas yang ditujukan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari suatu kebijakan yang sedang dilaksanakan.
- Monitoring dilakukan ketika sebuah kebijakan sedang diimplementasikan.
- Monitoring diperlukan agar kesalahan awal dapat segera diketahui dan dapat dilakukan tindakan perbaikan, sehingga mengurangi risiko yang lebih besar.

Tujuan monitoring:

- Menjaga agar kebijakan yang sedang diimplementasikan sesuai dengan tujuan dan sasaran.
- Menemukan kesalahan sedini mungkin sehingga mengurangi risiko yang lebih besar.
- Melakukan tindakan modifikasi terhadap kebijakan apabila hasil monitoring mengharuskan untuk itu.

Data dan Informasi untuk monitoring:

- Metode dokumentasi: dari berbagai laporan kegiatan seperti laporan tahunan/semesteran/bulanan.
- Metode survei: tujuannya untuk menjangkau data dari para *stakeholders*, terutama kelompok sasaran.
- Metode observasi lapangan: untuk mengamati data empiris di lapangan dan bertujuan untuk lebih meyakinkan dalam membuat penilaian tentang proses dari kebijakan. Dapat digunakan untuk melengkapi metode survei.
- Metode wawancara: pedoman wawancara yang menanyakan berbagai aspek yang berhubungan dengan implementasi kebijakan perlu dipersiapkan.
- Metode campuran: misalnya campuran antara metode dokumentasi dan survei, atau metode survei dan observasi, atau dengan menggunakan ketiga atau bahkan keempat metode di atas
- Metode FGD: dengan melakukan pertemuan dan diskusi dengan para *stakeholders* yang bervariasi. Dengan cara demikian, maka berbagai informasi yang lebih valid akan dapat diperoleh melalui *cross check* data dan informasi dari berbagai sumber.

Jenis-jenis Monitoring:

- Kepatuhan (*compliance*): jenis monitoring untuk menentukan tingkat kepatuhan implementor terhadap standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
- Pemeriksaan (*auditing*): jenis monitoring untuk melihat sejauh mana sumberdaya dan pelayanan sampai pada kelompok sasaran.
- Akuntansi (*accounting*): jenis monitoring untuk mengkalkulasi perubahan sosial dan ekonomi yang terjadi setelah diimplementasikan suatu kebijakan.
- Eksplanasi (*explanation*): jenis monitoring untuk menjelaskan adanya perbedaan antara hasil dan tujuan kebijakan.

Pendekatan terhadap Monitoring:

- Akuntansi sistem sosial: pendekatan monitoring untuk mengetahui perubahan kondisi sosial yang objektif dan subjektif dari waktu ke waktu.
- Eksperimental sosial: pendekatan monitoring untuk mengetahui perubahan sosial yang terjadi dalam sebuah kelompok eksperimen dengan cara membandingkan dengan kelompok kontrol.
- Akuntansi sosial: pendekatan monitoring yang berusaha untuk mengetahui hubungan antara masukan, proses, keluaran/hasil, dan dampak.
- Sintesis riset dan praktek: pendekatan monitoring yang menerapkan kompilasi, perbandingan, dan pengujian secara sistematis terhadap hasil-hasil dari implementasi kebijakan publik di masa lampau.

Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan. Evaluasi baru dapat dilakukan kalau suatu kebijakan sudah berjalan cukup waktu.

Tujuan Evaluasi

- Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan: melalui evaluasi maka dapat diketahui derajat pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
- Mengukur tingkat efisiensi suatu kebijakan: melalui evaluasi dapat diketahui berapa biaya dan manfaat dari suatu kebijakan.
- Mengukur tingkat keluaran: mengukur berapa besar dan kualitas pengeluaran atau *output* dari suatu kebijakan.
- Mengukur dampak suatu kebijakan: evaluasi ditujukan untuk melihat dampak dari suatu kebijakan, baik dampak positif maupun negatif.

- Untuk mengetahui apabila ada penyimpangan: untuk mengetahui adanya penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi, dengan cara membandingkan antara tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.
- Sebagai masukan (*input*) suatu kebijakan yang akan datang: untuk memberikan masukan bagi proses kebijakan ke depan agar dihasilkan kebijakan yang lebih baik.

Alasan Evaluasi Kebijakan

- Untuk mengetahui tingkat efektivitas suatu kebijakan: seberapa jauh suatu kebijakan mencapai tujuannya.
- Untuk mengetahui apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal: dengan melihat tingkat efektivitasnya, maka dapat disimpulkan apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal.
- Memenuhi akuntabilitas publik: dengan melakukan penilaian kinerja suatu kebijakan, maka dapat dipahami sebagai bentuk pertanggungjawaban pemerintah kepada publik sebagai pemilik dana dan mengambil manfaat dari kebijakan dan program pemerintah.
- Menunjukkan pada *stakeholders* manfaat suatu kebijakan: apabila tidak dilakukan evaluasi terhadap sebuah kebijakan, para *stakeholders*, terutama kelompok sasaran tidak mengetahui secara pasti manfaat dari sebuah kebijakan atau program.
- Agar tidak mengulangi kesalahan yang sama: evaluasi kebijakan bermanfaat untuk memberikan masukan bagi proses pengambilan kebijakan yang akan datang agar tidak mengulangi kesalahan yang sama.

Pendekatan evaluasi

- Evaluasi Semu: pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan, tanpa menanyakan manfaat atau nilai dari hasil kebijakan tersebut pada individu, kelompok, atau masyarakat.
- Evaluasi formal: pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan berdasarkan sasaran program kebijakan yang telah ditetapkan secara formal oleh pembuat kebijakan.
- Evaluasi keputusan teoritis: pendekatan evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil-hasil kebijakan yang secara eksplisit diinginkan oleh berbagai *stakeholders*.

Indikator Evaluasi

- Efektivitas: apakah hasil yang diinginkan telah tercapai.
- Kecukupan: seberapa jauh hasil yang telah tercapai dapat memecahkan masalah?
- Pemerataan: apakah biaya dan manfaat didistribusikan merata kepada kelompok masyarakat berbeda?
- Responsivitas: apakah hasil kebijakan memuat preferensi/nilai kelompok dan dapat memuaskan mereka?
- Ketepatan: apakah hasil yang dicapai bermanfaat?

Metode Evaluasi

- Single program *after-only*: pengukuran kondisi dilakukan sesudah program, tidak ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari keadaan kelompok sasaran.
- Single program *before-after*: pengukuran kondisi dilakukan sebelum dan sesudah program, tidak ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari perubahan kelompok sasaran.
- Comparative *after-only*: pengukuran kondisi dilakukan sesudah program, ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari keadaan kelompok sasaran dan kelompok kontrol.
- Comparative *before-after*: pengukuran kondisi dilakukan sebelum dan sesudah program, ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari efek program terhadap kelompok sasaran dan kelompok kontrol.

Kendala Evaluasi

- Kendala psikologis: banyak aparat pemerintah masih alergi terhadap kegiatan evaluasi, karena dipandang berkaitan dengan prestasi dirinya.
- Kendala ekonomis: kegiatan evaluasi membutuhkan biaya yang tidak sedikit, seperti biaya untuk pengumpulan dan pengolahan data, biaya untuk para staf administrasi, dan biaya untuk para evaluator.
- Kendala teknis: evaluator sering dihadapkan pada masalah tidak tersedianya cukup data dan informasi yang *up to date*.
- Kendala politis: evaluasi sering terbentur dan bahkan gagal karena alasan alasan politis. Masing-masing kelompok bisa jadi saling menutupi kelemahan dari implementasi suatu program dikarenakan ada *deal* atau *bargaining* politik tertentu.

- Kurangnya jumlah evaluator: pada berbagai lembaga pemerintah, kurang tersedianya sumber daya manusia yang memiliki kompetensi melakukan evaluasi. Hal ini karena belum terciptanya budaya evaluasi, sehingga pemerintah tidak memiliki program yang jelas untuk mempersiapkan tenaga kerja yang memiliki kompetensi di bidang evaluasi.

**STUDI KASUS MONITORING DAN EVALUASI
KEBIJAKAN KESEHATAN**

EVALUASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN DI TIGA PUSKESMAS KABUPATEN ENDE PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2011

EVALUATION ON POLICY IMPLEMENTATION OF HEALTH OPERATIONAL ASSISTANCE IN THREE PRIMARY HEALTH CARES OF ENDE DISTRICT EAST NUSA TENGGARA PROVINCE YEAR 2011

Mariane Evelyn Pani,¹Laksono Trisnantoro,²Siti Noor Zaenab²

¹RSUD Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Health Operational Assistance policy is given by the government based on the consideration that operational cost from local government is relatively small and widely used for curative and rehabilitative activities as well as less emphasis on promotive and preventive efforts. BOK fund distribution to Primary Health Care often had administrative obstacles and delays in liquefaction. The purpose of the study: to evaluate the implementation of BOK policy in three Primary Health Cares of Ende district.

Methods: The study used a qualitative design with a descriptive case study approach.

Results: The BOK funds used in Primary Health Care was utilized based on BOK guidelines that is promotive and preventive in which the utilization is based on the needs in the field with accountability guidelines according to BOK guidelines. The fund was often received late and yet the activity of Primary Health Care was still implemented by using loan or debt system. The role of the head of Primary Health Care in socialization and monitoring as well as the role of staff in the implementation of BOK policy was not yet optimal in Primary Health Care. The coverage program funded by BOK did not showed significant improvement due to limited human resources and lack of oversight in the implementation of BOK policy.

Conclusion: The implementation of BOK policy in Primary Health Care was adapted with BOK guidelines for administration purposes, and for the completeness of SPJ without paying attention on the impact toward community. The delayed funds in Primary Health Care due to the fund was given late to the district level and delay in submitting POA so that the activity of Primary Health Care was implemented with credit system. The role of the head of Primary Health Care was not yet optimum in the socialization and monitoring of BOK policy implementation in Primary Health Care. BOK policy has no impact on the program improvement due to the lack of human resources and oversight in the implementation of BOK.

Keywords: Evaluation, Implementation, Policies, Health Operational Assistance, Primary Health Care

ABSTRAK

Latar belakang: Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) diberikan oleh pemerintah berdasarkan pertimbangan bahwa biaya operasional dari pemerintah daerah relatif kecil

dan banyak digunakan untuk kegiatan kuratif dan rehabilitatif serta kurang menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif. Distribusi dana BOK ke puskesmas sering mengalami kendala administratif dan keterlambatan dalam waktu pencairan. Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi implementasi kebijakan BOK di tiga puskesmas Kabupaten Ende

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif, dengan pendekatan studi kasus deskriptif.

Hasil: Dana BOK di puskesmas dimanfaatkan sesuai juknis BOK yakni untuk upaya kesehatan promotif dan preventif secara administratif, dimana pemanfaatannya disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan dengan pertanggungjawabannya disesuaikan dengan juknis BOK. Dana terlambat diterima namun kegiatan di puskesmas tetap terlaksana dengan menggunakan sistem pinjam ataupun hutang. Peran kepala puskesmas dalam sosialisasi dan monitoring serta peran staf dalam pelaksanaan kebijakan BOK belum optimal di puskesmas. Cakupan program yang dibiayai BOK tidak menunjukkan peningkatan secara signifikan. yang disebabkan terbatasnya SDM dan kurangnya pengawasan dalam pelaksanaan kebijakan BOK.

Kesimpulan: Implementasi kebijakan BOK di puskesmas disesuaikan dengan juknis BOK untuk tertib administrasi, untuk kelengkapan SPJ tanpa memperhatikan dampak bagi masyarakat. Keterlambatan dana di puskesmas disebabkan dana yang diberikan terlambat sampai ke tingkat kabupaten dan keterlambatan dalam memasukan POA sehingga kegiatan di puskesmas dijalankan dengan sistem pinjam. Peran kepala puskesmas belum optimal dalam sosialisasi dan monitoring pelaksanaan Kebijakan BOK di puskesmas. Kebijakan BOK tidak berdampak pada peningkatan program secara signifikan yang disebabkan kurangnya SDM dan pengawasan dalam pelaksanaan kebijakan BOK

Kata Kunci: Evaluasi, Implementasi, Kebijakan, Bantuan Operasional Kesehatan, Puskesmas

PENGANTAR

Pemerintah mendukung peningkatan peran dan fungsi puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar dengan membuat satu terobosan baru berupa pemberian Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). BOK mempunyai tujuan untuk memperlancar kinerja puskesmas dan jaringannya, serta poskesdes dan posyandu dalam menyelenggarakan pelaya-

yanan kesehatan promotif dan preventif sebagai upaya meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat¹. Pemberian BOK didasarkan pada pertimbangan bahwa biaya operasional puskesmas relatif kecil, karena alokasi anggaran pemerintah daerah dibidang kesehatan untuk kegiatan pelayanan di puskesmas lebih diarahkan pada upaya-upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif serta kurang memperhatikan upaya-upaya kesehatan promotif dan preventif yang berdampak pada kurang optimalnya kinerja tenaga kesehatan di daerah untuk memberikan pelayanan promotif dan preventif.

Distribusi dana BOK hingga ke tingkat puskesmas seringkali mengalami berbagai kendala administratif dan pencairan dana sehingga seringkali implementasi kegiatan menjadi terhambat.

Pengalokasian dana BOK di Kabupaten Ende tahun 2010 untuk puskesmas dengan jumlah yang relatif kecil yakni sebesar Rp22.000.000,00 per puskesmas per tahun, sedangkan pada tahun 2011 dana yang akan disalurkan mengalami peningkatan yang cukup besar yaitu sebesar Rp215.569.565,00 per puskesmas per tahun. Pada tahun 2010 penyerapan dana BOK sekitar 99% dari alokasi yang diberikan, sedangkan untuk pencapaian program dengan pembiayaan dana bantuan ini sebagian besar tidak tercapai sesuai standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan. Tahun 2011 terjadi pencairan dana yang terlambat diterima oleh pihak puskesmas, namun jumlah dana yang diberikan mengalami peningkatan. Melihat permasalahan tersebut maka penting dicermati dampak keterlambatan dana terhadap implementasi kegiatan pelayanan ditingkat puskesmas.

Puskesmas Kota Ratu terletak di ibu kota kabupaten dan memiliki sumber daya manusia yang lebih baik bila dibandingkan dengan di Puskesmas Watuneso maupun Puskesmas Kelimutu yang merupakan puskesmas daerah terpencil. Pemilihan tiga puskesmas tersebut didasarkan atas pertanyaan bahwa adakah perbedaan yang signifikan dalam hal implementasi program BOK di tiga puskesmas tersebut? mengingat perbedaan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang dimiliki maupun perbedaan klasifikasi antara puskesmas di perkotaan maupun di daerah terpencil. Peran pimpinan puskesmas, staf dan ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sangat mempengaruhi mutu pelayanan dan keberhasilan program, demikian juga ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan program akan berdampak pada kinerja organisasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif, dengan pendekatan studi kasus deskriptif. Populasi

dalam penelitian ini adalah pengelola dana BOK tingkat kabupaten, kepala puskesmas serta staf pelaksana di tiga Puskesmas Kabupaten Ende. Sampel dalam penelitian ini kepala puskesmas, staf puskesmas dan pengelola BOK di Puskesmas Kota Ratu, Puskesmas Kelimutu dan Puskesmas Watuneso serta pengelola BOK tingkat kabupaten. Penentuan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Unit analisis penelitian adalah proses implementasi kebijakan BOK di Puskesmas Kota Ratu, Puskesmas Kelimutu dan Puskesmas Watuneso Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN **Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan di Tiga Puskesmas**

Kebijakan BOK di Kabupaten Ende telah dilaksanakan sejak bulan Juni 2011. Pemanfaatan dana BOK yang ada di Kabupaten Ende untuk berbagai kegiatan yang ada di puskesmas khususnya dalam pembiayaan kegiatan operasional puskesmas. Pemberian dana BOK ini dianggap untuk meningkatkan kesejahteraan petugas. Namun dalam pemanfaatan dana ini masih belum sepenuhnya peruntukannya diketahui oleh petugas puskesmas.

Pemanfaatan dana BOK untuk kegiatan upaya kesehatan, penunjang kesehatan, manajemen puskesmas dan pemeliharaan ringan di puskesmas. Pemanfaatan dana BOK sesuai dengan petunjuk teknis BOK tahun 2011. Pemanfaatan untuk upaya kesehatan meliputi kegiatan rutin termasuk di dalamnya rujukan ibu hamil dengan resiko tinggi dan non rutin seperti kegiatan supervisi fasilitatif untuk bidan, autopsi verbal dan detasering bidan. Pembiayaan meliputi transportasi petugas baik puskesmas maupun kader di wilayah kerja puskesmas dan peserta pertemuan lintas sektor, juga untuk membayar uang saku dan penginapan bagi petugas yang melakukan kegiatan di daerah terpencil. Pembayaran transportasi masih menimbulkan ketidakpuasan dikalangan petugas karena biaya yang dibayar tidak sesuai dengan yang dikeluarkan.

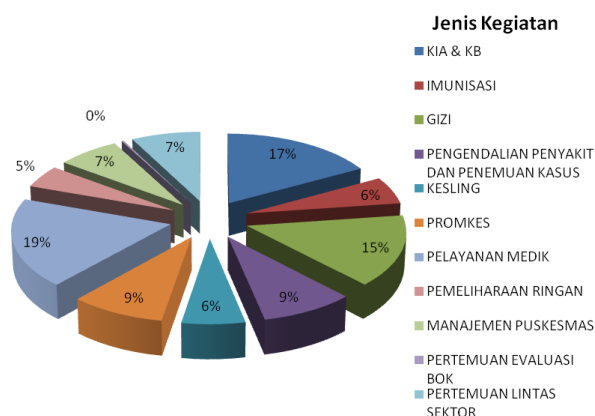
Pemanfaatan untuk kegiatan penunjang pelayanan kesehatan seperti *refreshing* kader dan pembelian bahan kontak juga Alat Tulis Kantor (ATK) untuk kegiatan lokakarya mini puskesmas. Pembelian ATK untuk penyelesaian Surat Pertanggung Jawaban (SPJ) tidak dibiayai sehingga oleh petugas disiasati dengan menggunakan dana ATK Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) sesuai dengan juknis yang berlaku. Pelaksanaan kegiatan minilokakarya puskesmas sesuai juknis transportasi internal bagi petugas puskesmas tidak ditanggung oleh dana BOK, hal tersebut

disiasati dengan mengadakan kegiatan miniloka-karya ditempat lain, agar petugas puskesmas juga mendapat uang transport.

Pemanfaatan dana BOK ada yang digunakan untuk kegiatan diluar juknis tapi masih berhubungan dengan kegiatan BOK. Pemanfaatan dana ini lebih ke arah bagaimana dana BOK ini bisa terserap karena itu semua rincian kegiatan disesuaikan dengan juknis BOK.

Observasi Dokumen Bantuan Operasional Kesehatan

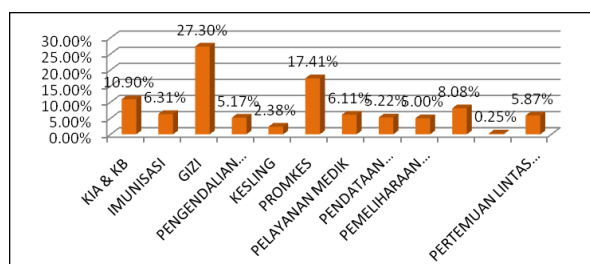
Dana BOK pada tiga puskesmas digunakan untuk kegiatan yang bersifat preventif dan promotif terutama bidang Kesehatan Ibu dan Anak & Keluarga Berencana. Observasi dokumen BOK di Puskesmas Kelimutu dapat dilihat pada Gambar 1:



Gambar 1. Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas Kelimutu

Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas Kelimutu banyak digunakan untuk pelayanan medik (19%), dimana dalam pelayanan medik ini juga mencakup kegiatan KIA & KB, gizi dan imunisasi. Sedangkan yang paling sedikit digunakan untuk kegiatan pertemuan evaluasi BOK tingkat kabupaten (0,24%).

Observasi Dokumen BOK di Puskesmas Watuneso

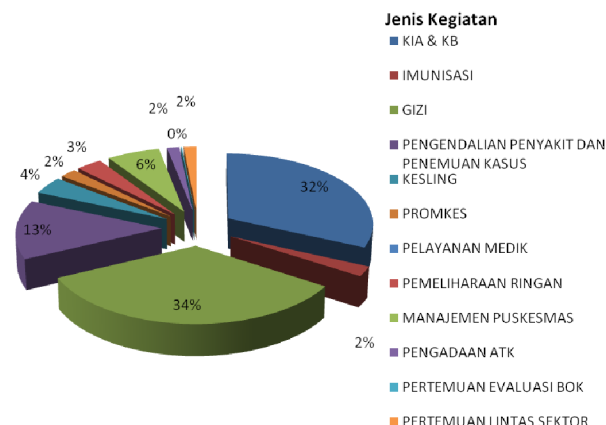


Gambar 2 . Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas Watuneso

Pemanfaatan dana lebih banyak untuk kegiatan gizi (27,30%). Kegiatan gizi termasuk di dalamnya adalah kegiatan pelayanan posyandu. Kegiatan yang paling sedikit memanfaatkan dana BOK adalah evaluasi BOK tingkat kabupaten (0,25%).

Observasi Dokumen di Puskesmas Kota Ratu

Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas Kota Ratu dapat dilihat pada Gambar dibawah ini:



Gambar 3. Pemanfaatan Dana BOK di Puskesmas Kota Ratu

Pemanfaatan dana lebih banyak untuk kegiatan gizi (34%) dan KIA & KB (32%). Alokasi dana yang paling sedikit adalah untuk kegiatan evaluasi BOK (0,12%).

Dampak Keterlambatan Waktu Pencairan Dana Bantuan Operasional Kesehatan

Kegiatan di puskesmas tetap berjalan meskipun dana yang diterima terlambat. Kegiatan yang berjalan merupakan kegiatan rutin yang sudah menjadi tugas mereka dimana dalam melaksanakannya mereka menggunakan dana pribadi dan pinjaman/hutang.

Puskesmas Kelimutu dan Puskesmas Watuneso menerima dana bulan Juni sedangkan Puskesmas Kota Ratu menerima dana bulan September. Pelaksanaan kegiatannya tidak ada perbedaan diantara tiga puskesmas tersebut. Keterlambatan ini disebabkan karena dana yang diterima di kabupaten terlambat, sosialisasi yang kurang dari tim BOK kabupaten dan kepala puskesmas tentang juknis BOK, perbedaan pegangan aturan antara Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara (KPPN) dan tim BOK kabupaten menyebabkan pencairan dana menjadi terlambat. Sistem pertanggungjawaban dalam pencairan dana menjadi salah satu penyebab dana terlambat diterima di puskesmas dimana adanya keterlambatan SDM di tingkat puskesmas dan dinas kesehatan dalam pelaksanaan proses pencairan dana BOK.

Peran Kepala Puskesmas dan Staf

Ketua tim pengelola BOK tidak banyak mengetahui tentang juknis BOK, sehingga banyak pengelola BOK di puskesmas yang tidak mengetahui item-item kegiatan yang dibiayai BOK, hal ini mengakibatkan dalam penyusunan *Plan of Action* (POA) sering terjadi kesalahan dan sering dicoret tim verifikasi dinas kesehatan. Perbedaan persepsi tersebut diduga disebabkan karena kepala puskesmas kurang mensosialisasikan juknis BOK, ketua tim BOK bukan kepala puskesmas. *Plan of Action* (POA) disusun pada saat kegiatan minilokakarya puskesmas. Penyusunan POA dilakukan dari bawah oleh masing-masing pustu atau poskesdes serta masing-masing pengelola program, yang selanjutnya akan digabung oleh tim BOK puskesmas.

Pada saat minilokakarya tidak hanya penyusunan POA tetapi juga dilakukan evaluasi kegiatan bulan sebelumnya. Puskesmas yang dalam penyusunan POA tidak dilakukan pada saat minilokakarya tetapi disesuaikan dengan waktu pengelola program untuk penyusunan POA BOK dicari waktu tersendiri di luar minilokakarya. Proses penyusunan POA tidak sama untuk ketiga puskesmas, ada yang melalui tahap evaluasi kegiatan sebelumnya dan ada juga yang tidak melalui tahap evaluasi, dimana disesuaikan dengan kebutuhan sesaat. *Plan of Action* (POA) yang sudah disusun tidak langsung diantar ke dinas kesehatan tapi akan diverifikasi lagi oleh kepala puskesmas karena tidak semua staf mengetahui tentang juknis BOK.

Pelaksanaan kegiatan semua staf dilibatkan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. Pelaksanaan kegiatan yang sudah direncanakan ini, kepala puskesmas menyusun jadwal kegiatan BOK dan membagikan ke masing-masing staf. Pelaksanaan kegiatan di lapangan kepala puskesmas akan mempersiapkan dulu tenaga yang turun dengan dibekali beberapa pengetahuan, hal ini dilakukan agar semua benar-benar memahami apa yang harus dikerjakan. Pada pelaksanaan kegiatan di lapangan kepala puskesmas tidak hanya melaksanakan tugasnya sebagai pimpinan tetapi juga terlibat langsung dengan berbagai kegiatan.

Pertanggungjawaban dana BOK, kepala puskesmas dan staf turut berperan dimana pertanggungjawabannya sesuai dengan apa yang ada di dalam juknis BOK terutama untuk kegiatan-kegiatan yang sudah berjalan sewaktu dana belum turun. Setelah kegiatan pelayanan dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan, sistem pembagian keuangan bervariasi tergantung kesepakatan bersama di puskesmas. Penyelesaian SPJ ini ada beberapa kendala antara

lain keterbatasan SDM yang dimiliki puskesmas, baik kualitas maupun kuantitas tenaga. Jarak yang jauh antara puskesmas dan pustu/poskesdes serta jaringan komunikasi elektronik yang terbatas mengakibatkan laporan sering terlambat. Kendala SDM di atas karena adanya keterbatasan fasilitas yang ada di puskesmas dalam penyelesaian SPJ, menyebabkan motivasi dari petugas menurun dalam bekerja.

Dampak kebijakan BOK terhadap cakupan program di puskesmas

Efektivitas kebijakan BOK di puskesmas maka cakupan program dapat dijadikan salah satu indikator penilaian keberhasilan program.

Puskesmas Kelimutu

Pada Puskesmas Kelimutu terjadi peningkatan cakupan kunjungan ibu hamil K4 pada tahun 2011 setelah adanya dana BOK yaitu sebesar 17,82%. Demikian juga cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan desa UCI, cakupan neonatus dengan komplikasi ditangani (15% dari neonatus), cakupan penjangkaran kesehatan anak Sekolah Dasar dan setingkat, cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit pneumoni, serta cakupan Desa Siaga Aktif mengalami peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya. Pada cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani walaupun mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya (2010), namun lebih kecil dari tahun 2009. Demikian juga pada cakupan pelayanan nifas, cakupan kunjungan bayi, cakupan pemberian makanan pendamping Air Susu Ibu pada anak 6-24 bln dari keluarga miskin, cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TB mengalami fluktuasi cakupan. Cakupan pelayanan anak balita, cakupan pelayanan gizi buruk mendapat perawatan, dan cakupan peserta KB aktif terjadi penurunan pada.

Puskesmas Watuneso

Pada Puskesmas Watuneso terjadi fluktuasi cakupan program pada Puskesmas Watuneso dalam tiga tahun terakhir pada hampir semua jenis kegiatan. Penurunan cakupan terjadi pada kegiatan cakupan desa UCI, cakupan pelayanan gizi buruk mendapat perawatan serta cakupan peserta KB aktif.

Puskesmas Kota Ratu

Pada Puskesmas Kota Ratu terjadi peningkatan cakupan pada tahun 2009-2011, khususnya pada cakupan pelayanan gizi buruk mendapat perawatan, cakupan peserta KB Aktif, dan cakupan Desa Siaga

Aktif. Cakupan program lainnya mengalami penurunan yaitu cakupan kunjungan BUMIL K4, cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani, cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan, cakupan penjarangan kesehatan anak SD dan setingkat, cakupan pelayanan nifas, cakupan neonatus dengan komplikasi ditangani (15% dari neonatus), cakupan kunjungan bayi, cakupan Desa UCI, dan cakupan pelayanan anak balita. Cakupan program yang mengalami fluktuasi yaitu cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak 6-24 bulan dari keluarga miskin dan cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit TB dan Diare.

PEMBAHASAN

Pemanfaatan Dana pada Tiga Puskesmas

Dalam rangka mendukung penyelenggaraan otonomi daerah diperlukan juga adanya perimbangan keuangan pusat dan daerah. Sumber pembiayaan daerah atas dasar perimbangan keuangan ini berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Kebijakan BOK merupakan salah satu bentuk kepedulian pemerintah pusat terhadap pembiayaan kesehatan di daerah dimana pada era desentralisasi ini pemerintah daerah dirasakan kurang memprioritaskan sektor kesehatan.

Pendanaan BOK merupakan bantuan pemerintah kepada pemerintah daerah kabupaten/kota dalam rangka tugas pembantuan, yang diperuntukkan bagi kegiatan operasional puskesmas yang bersifat promotif dan preventif. Pelaksanaannya di lapangan pemanfaatan lebih kearah penyesuaian dengan juknis yang ada tanpa memperhatikan sasaran utama dalam hal ini masyarakat. Segala kebutuhan yang diperlukan akan diusahakan terpenuhi dengan menyiasati dari sisi pertanggungjawabannya secara administratif. Dalam menanggapi ketidakmampuan pejabat-pejabat bawahan untuk mentaati perintah-perintah atasannya dengan tuntutan-tuntutan, maka mereka akan membentuk kebijakan-kebijakan sendiri dalam mengatasi keadaan tersebut. Kebijakan-kebijakan mereka sering tidak bertentangan dengan kebijakan-kebijakan pemimpin mereka².

Sistem kontrol yang lebih terarah diharapkan dapat mengurangi penyimpangan-penyimpangan ditingkat puskesmas. Pengawasan yang dimaksud tidak hanya secara tertib administrasi saja tapi bagaimana kegiatan berjalan dimasyarakat dan sasaran utama masyarakat dapat tercapai dengan adanya dana BOK. Perlu dilakukan monitoring kebijakan, khususnya jenis monitoring akuntansi sosial, yaitu pendekatan monitoring yang berusaha untuk mengetahui hubungan antara masukan, proses, keluaran/hasil, dan dampak³.

Pelaksanaan BOK di daerah dengan menggunakan mekanisme TP terlihat bahwa daerah tidak mempunyai kewenangan penuh dalam pemanfaatan dana BOK. Pelaksanaan kegiatan operasional di daerah sebaiknya diserahkan ke daerah yang lebih tahu permasalahan dan kebutuhan yang nyata⁴. Pengalokasian dana BOK ini terlihat sama untuk semua daerah. Pemerintah belum mempunyai formula yang jelas mengenai pengalokasian BOK. Hal ini dapat berdampak pada pelayanan kesehatan yang tidak merata antar daerah.

Kewenangan pemerintah masih mendominasi melalui tugas pembantuan. Agar daerah lebih bisa menggunakan kewenangannya maka kebijakan BOK lebih cenderung menggunakan mekanisme DAK. Dana BOK dapat diberikan melalui DAK namun perlu ditinjau lagi PP no. 55/2005 tentang dana perimbangan pasal 60 ayat 3. Maka dalam PP tersebut perlu dirubah agar DAK boleh untuk kegiatan administrasi, perjalanan dinas dan biaya operasional kegiatan sesuai dengan juknis BOK. Pemerintah daerah juga perlu menjadikan bidang kesehatan sebagai prioritas dalam penganggaran di daerah.

Dampak Keterlambatan Waktu Pencairan Dana Terhadap Pelaksanaan Kegiatan di Puskesmas

Keterlambatan dana BOK yang diterima oleh puskesmas tidak terlalu berpengaruh dengan pelaksanaan kegiatan karena petugas menggunakan dana pribadi maupun pinjaman/hutang. Untuk mengatasi dana yang terlambat turun maka pimpinan dalam suatu organisasi harus mencari pinjaman dana dari pihak lain yang dapat berupa pinjaman/hutang⁵. Sistem peminjaman dana di puskesmas tidak jelas karena tidak adanya bukti peminjaman uang. Keterbatasan SDM baik dalam kualitas maupun kuantitas di puskesmas dan dinas kesehatan menjadi salah satu kendala dalam proses pencairan dana yang sampai ke puskesmas

Peminjaman dana di puskesmas menyebabkan dilakukan upaya penghematan biaya saat petugas melakukan operasional kegiatan. Penghematan juga dilakukan karena adanya sistem panjar dalam pelaksanaan kegiatan. Upaya penghematan akibat sistem panjar tersebut dapat berakibat praktik korupsi dalam usaha menghabiskan anggaran. Peluang korupsi semakin terbuka dengan adanya perbedaan/inkonsistensi peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat dan daerah, "kerjasama" antara legislatif dan eksekutif serta minimnya porsi partisipasi dan pengawasan publik⁶.

Pada era desentralisasi ini idealnya daerah mempunyai kewenangan dan *decision space* yang luas dalam transfer anggaran kesehatan karena hal ini

menunjukkan derajat desentralisasi daerah⁷. Namun dalam pelaksanaan kebijakan BOK ini kewenangan tidak sepenuhnya berada di daerah. Keterbatasan wewenang dalam pelaksanaan kebijakan membuat motivasi petugas menjadi berkurang karena tidak leluasa menggunakan dana sesuai kebutuhan di lapangan.

Peran kepala puskesmas dan staf dalam pengelolaan dana BOK

Kepala puskesmas sebagai pimpinan mempunyai peran dalam hal perencanaan tingkat puskesmas. Perencanaan di puskesmas merupakan pedoman dalam memberikan arah bagi staf dalam menjalankan tugas dan fungsinya untuk mencapai tujuan bersama. Penyusunan rencana kerja secara *topdown* mengakibatkan lahirnya kegiatan-kegiatan rutinitas pelayanan, kegiatan rutinitas yang dimasukkan dalam BOK bertujuan menghabiskan anggaran tanpa memperhatikan dampak program kepada masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan kebijakan BOK di puskesmas, pimpinan belum menjalankan fungsi perencanaan dengan baik, sehingga tujuan utama pemberian dana BOK ini tidak tercapai.

Kepala puskesmas berperan dalam pembagian tugas pelaksanaan kegiatan sesuai POA. Penyusunan jadwal yang jelas sangat membantu dalam pengaturan tugas dan tanggungjawab masing-masing staf. Kepala puskesmas harus mampu mengintegrasikan potensi dan gagasan yang ada di puskesmas dalam rangka mencapai tujuan. Penyusunan POA yang tidak melibatkan masyarakat merupakan suatu kelemahan dalam program BOK. Anggaran dapat juga digunakan sebagai alat untuk menciptakan ruang publik dalam arti bahwa proses penyusunan anggaran harus melibatkan seluas mungkin masyarakat⁸.

Distribusi peran yang merata bagi setiap staf puskesmas bertujuan untuk melibatkan setiap komponen di puskesmas agar terlibat secara nyata dalam kegiatan. Pengaturan dilakukan sedemikian rupa sehingga pekerjaan dapat dilaksanakan oleh staf mengingat fungsi staf puskesmas tidak hanya sebagai staf fungsional tapi juga ada yang sebagai pengelola BOK. Peran ganda yang dimiliki oleh staf dapat menyebabkan staf menjadi kurang maksimal dalam melakukan tugas yang dibebankan kepadanya.

Dalam suatu pendekatan SDM, manusia dianggap sebagai sumber daya yang penting dan menentukan dalam pencapaian tujuan organisasi. Organisasi tidak hanya memperhatikan kepentingan dan keperluan pekerja tapi lebih juga kepada memberikan peran dan tanggungjawab. Peran yang berlebihan

akan menyebabkan pekerja tidak maksimal dalam mencapai tujuannya.

Dampak Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan Terhadap Cakupan Program Puskesmas

Tolak ukur kinerja merupakan ukuran keberhasilan dari suatu program kegiatan yang dilakukan. Tolak ukur kinerja menunjukkan unsur-unsur keberhasilan yang diukur dan tingkat pelayanan yang akan dicapai dalam suatu program atau kegiatan⁹. Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah bertujuan juga untuk meningkatkan kinerja petugas puskesmas. Pemberian dana BOK tersebut tidak berefek pada peningkatan cakupan program secara signifikan. *Trend* penurunan, peningkatan maupun fluktuasi data cakupan mungkin disebabkan karena data yang tersedia tidak lengkap akibat sistem pelaporan yang tidak efektif. Hal ini dipengaruhi karena kurangnya SDM dalam jumlah maupun kualitas dalam pelaksanaan kegiatan. Faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif adalah sumberdaya. Sumberdaya tersebut berwujud sumber daya manusia yakni kompetensi implementor, dan sumberdaya finansial¹⁰.

Pencapaian program yang belum optimal juga disebabkan kurangnya pengawasan baik oleh kepala puskesmas maupun oleh dinas kesehatan menyebabkan dana yang ada menjadi tidak efektif sehingga target program tidak tercapai. Keberhasilan atau kinerja organisasi menjadi ukuran sejauh mana pengawasan telah dilaksanakan⁹.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di tiga puskesmas Kabupaten Ende dilaksanakan sesuai juknis BOK tahun 2011. Pemanfaatan dana BOK belum efektif dimana pemanfaatan dana lebih ke arah kesesuaian dengan juknis untuk tertib administrasi dalam hal ini untuk kelengkapan SPJ tanpa memperhatikan dampak bagi masyarakat. Kewenangan daerah dalam hal ini puskesmas sangat terbatas dalam pemanfaatan dana BOK.

Keterlambatan dana yang diterima oleh puskesmas diatasi dengan sistem pinjam dan hutang sehingga kegiatan upaya kesehatan preventif dan promotif tetap berjalan. Keterlambatan dana disebabkan karena dana BOK yang sampai ke tingkat kabupaten sekitar akhir bulan Juni (akhir Triwulan kedua), keterlambatan puskesmas dalam memasukkan POA oleh karena kesalahan dalam proses penyusunan POA serta keterbatasan SDM di puskesmas dan dinas kesehatan baik kuantitas maupun kualitasnya.

Peran kepala puskesmas dalam sosialisasi dan monitoring evaluasi belum optimal dalam pelaksanaan kebijakan BOK di tingkat puskesmas. Hal ini tampak dengan adanya kekeliruan penyusunan item kegiatan POA. Penyusunan POA tidak melibatkan masyarakat, implementasi kegiatan tidak menggunakan standar operasional prosedur serta sistem monitoring dan pertanggungjawaban dilaksanakan secara administratif untuk menghabiskan anggaran. Staf terlibat dalam pelaksanaan kegiatan yang dibiayai BOK dan sebagai tim BOK puskesmas

Kebijakan BOK tidak berdampak pada peningkatan cakupan program secara signifikan yang disebabkan kurangnya SDM dalam pelaksanaan kegiatan serta pelaporan kegiatan di puskesmas dan kurangnya pengawasan yang dilakukan dalam pelaksanaan kebijakan BOK.

SARAN

Kemendes RI dapat mengkaji ulang mekanisme penyaluran dana BOK sehingga tidak terlambat diterima puskesmas dan dapat digunakan lebih fleksibel sesuai kebutuhan di daerah dengan mengalihkan dana BOK melalui DAK dan dapat mengalokasikan dana pengawasan dalam rangka pelaksanaan kebijakan BOK di puskesmas.

Fungsi pengawasan dioptimalkan dengan pelaksanaan kegiatan BOK di puskesmas dengan membentuk satu tim khusus untuk sistem pengawasan di dinas kesehatan yang mempunyai standar prosedur kerja yang jelas. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende agar menetapkan besaran satuan biaya pemanfaatan dana BOK di tingkat puskesmas yang rasional, sesuai kondisi geografis masing-masing wilayah puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende agar dapat meningkatkan kapasitas tenaga pengelola BOK baik tim pengelola puskesmas maupun kabupaten dalam hal ini bendahara pengelola BOK dengan mengadakan pelatihan khusus untuk bendahara/pengelola keuangan BOK.

Puskesmas dapat meningkatkan kapasitas petugas puskesmas dalam mengidentifikasi permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat dan menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) upaya kesehatan preventif dan promotif di tingkat puskesmas.

Peran sosialisasi dan monitoring kegiatan yang didanai BOK di puskesmas dimana monitoring tidak hanya secara administrasi saja tapi juga pengawasan langsung kegiatan di lapangan oleh kepala puskesmas.

REFERENSI

1. Kemendes RI, Petunjuk Teknis bantuan Operasional Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2011.
2. Winarno B, Kebijakan Publik: Teori & Proses, PT.Buku Kita, Jakarta, 2011.
3. Dunn WN, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, Edisi kedua, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2003.
4. Nur AMDM, Evaluasi Kebijakan Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan di Dinas Kesehatan Propinsi Maluku Utara Tahun 2005-2007, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
5. Asante DA, Anthony B Zwi and Maria T Ho, Getting by on credit: how district health managers in Ghana cope with the untimely release of funds, School of Public Health and Community Medicine, The University of New South Wales, Sydney, Australia, <http://creativecommons.org/licenses/by/> [Diakses tanggal 8 April 2011], 2006.
6. Rinaldi T, Purnomo M, Damayanti D, Memerangi Korupsi di Indonesia yang Terdesentralisasi, Studi Kasus Penanganan Korupsi Pemerintahan Daerah, <http://sitesources.worldbank.org/> [Diakses tanggal 22 Januari 2011], 2007
7. Herawati DMD, Decision Space dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 2006;09(3):118-120.
8. Anggarini dan Puranto, Anggaran Berbasis Kinerja, Penyusunan APBD Secara Komprehensif, UPP STIM YKPN, Yogyakarta, 2010.
9. Adisasmitha R, Pengelolaan Pendapatan dan Anggaran Daerah, Graha Ilmu, Yogyakarta, 2011.
10. Subarsono AG, Analisis Kebijakan Publik, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2010.