

# 2010

## Studi Operasional Bantuan Operasional Kesehatan Terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas Dalam Mencapai Target MDG's



BADAN LITBANGKES  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
1/1/2010

## Kata pengantar

Puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahNya, akhirnya penyusunan Laporan hasil studi “Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Mencapai Target MDG’s” ini dapat diselesaikan.

Walaupun pokok-pokok rancangan ini sudah pernah dibahas dalam Rapat Koordinasi Staf (Rakorstaf) dan Rapat Koordinasi Pimpinan (Rakorpim) di Kementerian Kesehatan, namun dirasakan masih sangat perlu mendapat masukan dari para pelaksana di Daerah, khususnya para Kepala Dinas Kesehatan. Oleh karena itu, rancangan ini diupayakan untuk dapat disajikan pada saat Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) tahun 2011.

Laporan ini belumlah final. Masukan dari pembaca, khususnya para Kepala Dinas Kesehatan sangat kami nantikan. Saran atau masukan untuk perbaikannya mohon dapat disampaikan secara lisan pada saat penyajian rancangan ini, atau secara tertulis sekembali dari Rakerkesnas. Saran atau masukan tersebut kami tunggu sampai dengan pertengahan tahun 2011 ini.

Demikian, mudah-mudahan Laporan ini dapat membantu kita semua dalam upaya mencapai salah satu sasaran, yaitu “Tercapainya MDG’s pada tahun 2015”. Atas perhatian dan kerjasama para pembaca sekalian dalam penyempurnaan laporan ini, disampaikan terima kasih dan penghargaan.

Jakarta, 15 Januari 2011  
Badan Litbangkes,  
Kepala

DR.Trihono, dr. M.ScPH

## Daftar Isi

Kata Pengantar.....	ii
Daftar isi.....	iii
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xviii
<b>1 BAB I: PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.4.1 Tujuan Umum .....	5
1.4.2 Tujuan Khusus Tahap Pertama .....	5
1.4.3 Tujuan khusus Tahap Kedua .....	6

1.5	Ruang Lingkup Penelitian .....	6
1.6	Manfaat Penelitian .....	7
<b>2 BAB II: TINJAUAN PUSTAKA .....</b>		<b>8</b>
2.1	Landasan Kebijakan BOK.....	8
2.2	Pengelolaan Anggaran dan Biaya Operasional Puskesmas .....	10
2.2.1	Pengelolaan Anggaran .....	10
2.2.2	Biaya Operasional Puskesmas .....	11
2.2.3	Sumber Pembiayaan Puskesmas.....	13
2.3	Kinerja Puskesmas, Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas dan <i>Millenium Development Goals</i> .....	13
2.3.1	Kinerja Puskesmas .....	13
2.3.2	Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.....	14
2.3.3	<i>Millenium Development Goals</i> .....	16
2.4	Mekanisme Pembiayaan, Penyaluran, Pemanfaatan dan Pelaporan Dana di Puskesmas.....	18
2.4.1	Mekanisme Pembiayaan .....	18
2.4.2	Mekanisme Penyaluran Dana .....	21
2.4.3	Mekanisme Pemanfaatan Dana.....	23
2.4.4	Mekanisme Pelaporan Dana.....	24
<b>3 BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL .....</b>		<b>25</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	25
3.2	Kerangka Operasional .....	27

3.3	Kerangka Operasional Tahap I Tahun 2010 .....	30
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	33
<b>4 BAB IV: METODE PENELITIAN .....</b>		<b>41</b>
4.1	Disain Penelitian .....	41
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
4.3	Populasi dan Sampel.....	43
4.3.1	Populasi.....	43
4.3.2	Sampel .....	43
4.4	Metode Pengambilan Data .....	45
4.4.1	Jenis dan Sumber Data .....	45
4.4.2	Instrumen Penelitian .....	46
4.4.3	Cara Pengumpulan Data .....	48
4.5	Pengolahan dan Analisis Data.....	49
4.5.1	Pengolahan Data.....	49
4.5.2	Analisis .....	50
4.6	Keterbatasan Penelitian.....	57
4.7	Tahapan Penelitian.....	58
<b>5 BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>		<b>59</b>
5.1	Gambaran Umum Puskesmas.....	59
5.1.1	Gambaran karakteristik Puskesmas .....	59

5.1.2	Gambaran kondisi input Puskesmas.....	64
5.1.3.	Gambaran Kondisi Proses (Kegiatan) di Puskesmas.....	90
5.1.4	Gambaran output (kinerja) Puskesmas.....	97
5.2	Gambaran Biaya Keseluruhan yang dikeluarkan Puskesmas .....	125
5.2.1	Berdasarkan 4 Indikator Milestone.....	125
5.2.2	Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDG's .....	126
5.3	Besaran Biaya Operasional yang dikeluarkan Puskesmas per Regional .....	129
5.3.1	Berdasarkan 4 Indikator Milestone.....	129
5.3.2	Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDG's .....	130
5.4	Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Regional .....	132
5.5	Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Kabupaten per Puskesmas.....	134
5.5.1	Berdasarkan 19 Indikator (SPM, 12 MDGs).....	138
5.6	Gambaran Pe mbiayaan Kegiatan di Puskesmas .....	139
5.6.1	Sumber Anggaran yang digunakan oleh Puskesmas berdasarkan Regional .....	139
5.6.2	Pemanfaatan Anggaran Kesehatan .....	140
5.6.3	Rekapitulasi.....	144
5.7	Proses Pengelolaan dan Penerimaan Dana BOK di Puskesmas .....	144
5.7.1	Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK .....	148
5.7.2	Pencairan Tahap I (Uang Muka) .....	150
5.7.3	Proses Pencairan Tahap II .....	152

5.7.4	Proses Pencairan Tahap III .....	154
5.7.5	Proses Pencairan Tahap IV .....	156
5.7.6	Sisa Dana .....	157
5.8	Waktu dan besaran penggunaan Dana BOK di Puskesmas .....	159
5.9	Kegiatan yang menggunakan Dana BOK .....	160
5.10	Penggunaan dana BOK berdasarkan jenis Mata Anggaran Kegiatan .....	163
<b>6 BAB IV KESIMPULAN.....</b>		<b>165</b>
6.1	Kesimpulan Riset BOK .....	165
6.2	Kelemahan dan kekuatan .....	169
6.3	Rekomendasi Riset BOK .....	170
6.4	Rencana dan tindak lanjut studi .....	171
6.5	Issue / Masalah Pembiayaan .....	171
<b>7 Daftar Pustaka .....</b>		<b>172</b>

### Daftar Tabel

Tabel 3.1. Variabel, Sub variabel, Definisi Operasional, dan cara pengukuran variabel	33
Tabel 4.1. Daftar Kab/ Kota Studi menurut Daerah Kontrol dan Intervensi	42
Tabel.4.2. Rincian Kriteria Sampel didasarkan Regional dan Kabupaten	44
Tabel 4.3. Indikator SPM dalam Pencapaian Target Nasional	51
Tabel 4.4. Formula Indeks Indikator	54
Tabel 4.5. Besar kontribusi dan bobot variabel	56
Tabel 4.6. Besar kontribusi dan bobot variabel	56
Tabel 5.1. Lokasi Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	59
Tabel 5.2. Pelayanan Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	60
Tabel 5.3. Tempat Tidur Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	61
Tabel 5.4. Pelayanan PONEC Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	62
Tabel 5.5. Cakupan Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	63
Tabel 5.6. Jumlah dan Rerata Sumber Daya Manusia menurut Regional Tahun 2009	65
Tabel 5.7. Distribusi Ketersediaan Kelengkapan Alat Esensial SPM1 menurut Regional Tahun 2009	67
Tabel 5.8. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM2 menurut Regional Tahun 2009	68
Tabel 5.9. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM3 menurut Regional Tahun 2009	69
Tabel 5.10. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM4 menurut Regional Tahun 2009	70
Tabel 5.11. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM5 menurut Regional Tahun 2009	71
Tabel 5.12. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM6 menurut Regional Tahun 2009	72

Tabel 5.13. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM7 menurut Regional Tahun 2009	73
Tabel 5.14. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM8 menurut Regional Tahun 2009	74
Tabel 5.15. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM9 menurut Regional Tahun 2009	75
Tabel 5.16. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM11 menurut Regional Tahun 2009	76
Tabel 5.17. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM12 menurut Regional Tahun 2009	77
Tabel 5.18. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13a menurut Regional Tahun 2009	78
Tabel 5.19. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13b menurut Regional Tahun 2009	79
Tabel 5.20. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13c menurut Regional Tahun 2009	80
Tabel 5.21. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13d menurut Regional Tahun 2009	81
Tabel 5.22. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13e menurut Regional Tahun 2009	82
Tabel 5.23. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13f menurut Regional Tahun 2009	83
Tabel 5.24. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13g menurut Regional Tahun 2009	84
Tabel 5.25. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM14 menurut Regional Tahun 2009	85
Tabel 5.26. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM17 menurut Regional Tahun 2009	86
Tabel 5.27. Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM18 menurut Regional Tahun 2009	87
Tabel 5.28. Distribusi Jenis Obat di Puskesmas menurut Regional Tahun 2009	90
Tabel 5.29. Proporsi penggunaan biaya kegiatan untuk pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas menurut regional Tahun 2009	92
Tabel 5.30. Proporsi penggunaan dana operasional Puskesmas berdasarkan program dan kegiatan urusan pemerintah daerah menurut kementerian Dalam Negeri	94

Tabel 5.31. Proporsi Penggunaan Dana Operasional Puskesmas Berdasarkan Program Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)	96
Tabel 5.32. Program yang terkait target MDG's	97
Tabel 5.33. Persentase Cakupan Indikator SPM-BK menurut Regional tahun 2009	98
Tabel 5.34. Cakupan MDG's per Regional	100
Tabel 5.35. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4 menurut Regional Tahun 2009	101
Tabel 5.36. Cakupan Komplikasi Kebidanan yang Ditangani per Regional Tahun 2009	102
Tabel 5.37. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih menurut Regional Tahun 2009	103
Tabel 5.38. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih menurut Regional Tahun 2009	104
Tabel 5.39. Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani Menurut Regional Tahun 2009	105
Tabel 5.40. Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani Menurut Regional Tahun 2009	106
Tabel 5.41. Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani menurut Regional Tahun 2009	107
Tabel 5.42. Cakupan pelayanan anak Balita (D/S) menurut Regional Tahun 2009	108
Tabel 5.43. Cakupan Bayi BGM yang mendapat MP-ASI menurut Regional Tahun 2009	109
Tabel 5.44. Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan menurut Regional Tahun 2009	110
Tabel 5.45. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat menurut Regional Tahun 2009	111
Tabel 5.46. Cakupan peserta KB aktif menurut Regional Tahun 2009	112
Tabel 5.47. Cakupan Penemuan Penderita Pneumonia Balita menurut Regional Tahun 2009	113
Tabel 5.48. Cakupan Penemuan pasien baru TB BTA Positif menurut Regional Tahun 2009	114
Tabel 5.49. Cakupan Penderita DBD yang dilayani menurut Regional Tahun 2009	115

Tabel 5.50. Cakupan Penemuan penderita Diare menurut Regional Tahun 2009	116
Tabel 5.51. Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin menurut Regional Tahun 2009	117
Tabel 5.52. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota Menurut Regional Tahun 2009	118
Tabel 5.53. Cakupan desa / kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam Menurut Regional Tahun 2009	119
Tabel 5.54. Cakupan Rumah Sehat menurut Regional Tahun 2009	120
Tabel 5.55. Cakupan Bebas Jentik menurut Regional Tahun 2009	121
Tabel 5.56. Cakupan Penanganan NAPZA menurut Regional Tahun 2009	122
Tabel 5.57. Cakupan Malaria menurut Regional Tahun 2009	123
Tabel 5.58. Cakupan HIV / AIDS menurut Regional Tahun 2009	124
Tabel 5.59. Pengeluaran biaya total per Puskesmas	125
Tabel 5.60. Pengeluaran biaya total per Puskesmas Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDGs	127
Tabel 5.61. Pengeluaran biaya operasional per Puskesmas per regional berdasarkan 4 Indikator Milestone	129
Tabel 5.62. Pengeluaran biaya total per Puskesmas per regional Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDGs	131
Tabel 5.63. Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Regional	133
Tabel 5.64. Besar kontribusi dan bobot variabel	136
Tabel 5.65. Besar kontribusi dan bobot variabel	136
Tabel 5.66. Angka dasar anggaran regional berdasarkan indeks baru	137
Tabel 5.67. Jumlah Anggaran per Regional berdasarkan Sumber Anggaran	140

Tabel 5.68. Anggaran yang dimanfaatkan Program Non Standar Pelayanan Minimal (Non SPM) per Regional di Indonesia	141
Tabel 5.69. Anggaran yang dimanfaatkan untuk Supporting Program per Regional di Indonesia	143
Tabel 5.70. Rekapitulasi Anggaran yang dimanfaatkan per Regional di Indonesia	144
Tabel 5.71. Jumlah Puskesmas Intervensi dan Puskesmas Kontrol	146
Tabel 5.72. Wilayah Kabupaten/ Kota dan Jumlah Puskesmas Intervensi	146
Tabel 5.73. Wilayah Kabupaten/ Kota dan Jumlah Puskesmas Kontrol	147
Tabel 5.74. Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK	148
Tabel 5.75. Diagram Batang Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK	150
Tabel 5.76. Aktivitas Puskesmas Pada Proses Pencairan Tahap 1 (Uang Muka)	151
Tabel 5.77. Aktivitas Puskesmas Pada Proses Pencairan Tahap Kedua	152
Tabel 5.78. Aktivitas Puskesmas Pada Proses Pencairan Tahap Ketiga	154
Tabel 5.79. Aktivitas Puskesmas Pada Proses Pencairan Tahap Keempat	156
Tabel 5.80. Bunga Bank Dana BOK	157
Tabel 5.81. Bunga Bank diserahkan ke Kas Negara oleh Puskesmas	158
Tabel 5.82. Sisa Dana BOK	158
Tabel 5.83. Sisa Dana BOK	158
Tabel 5.84. Bunga Bank diserahkan ke Kas Negara oleh Puskesmas	159
Tabel 5.85. Pemanfaatan anggaran BOK	159
Tabel 5.86. Pemanfaatan Dana BOK	160
Tabel 5.87. Penggunaan dana BOK berdasarkan jenis Mata Anggaran Kegiatan	163

## Daftar Gambar

Gambar 2.1. Mekanisme Penetapan dan Penyaluran Alokasi Dana BOK	21
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pengaruh BOK terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Pencapaian Target MDG's	25
Gambar 3.2. Kerangka Konsep Pengaruh BOK terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Pencapaian Target MDG's Paska Intervensi	27
Gambar 3.3. Kerangka Operasional Tahap I Tahun 2010	30
Gambar 4.1. Tahapan Penelitian	58

## Daftar Singkatan

AFP	Acute Flacid Paralysis
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD Prop	Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah Propinsi
APBD II	Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah Kabupaten/Kota
TP	Tugas Pembantuan
Dekon	Dekonsentrasi
ASI	Air Susu Ibu
ATK	Alat Tulis Kantor
BAWASDA	Badan Pengawas Daerah
BLN	Bantuan Luar Negeri
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPKP	Badan Pemeriksa Keuangan Pemerintah
D/S	Ditimbang/Seluruhnya
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
DBD	Demam Berdarah dengue
Depkes	Departemen Kesehatan, sekarang Kementerian Kesehatan
DHA	District Health Account
Dirjen Binkesmas	Direktur Jendral Bina Kesehatan Masyarakat
FAO	Food and Agriculture Organization
FGD	Focus Group Discussion
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome

ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
IPKM	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
JAMKESDA	Jaminan Kesehatan Daerah
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Nasional
JUKLAK	Petunjuk Pelaksanaan
JUKNIS	Petunjuk Teknis
K4	Kunjungan Ibu Hamil ke 4
KB	Keluarga Berencana
KIA/KB	Kesehatan Ibu dan Anak/Keluarga Berencana
KLB	Kejadian Luar Biasa
KPPN	Kantor
LINAKES	Persalinan Tenaga Kesehatan
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MAK	Mata Anggaran Kegiatan
MP-ASI	Makanan Pengganti-Air Susu Ibu
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Aditif
NGO	Non Government Organization
NHA	National Health Account
ODHA	Orang Dengan HIV AIDS
PERMENKES	Peraturan Menteri Kesehatan
POA	Plan Of Action
PONED	Pelayanan Obstetry dan Neonatus Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetry dan Neonatus Komprehensif
PP	Peraturan Pemerintah

PTP	Perencanaan Tingkat Puskesmas
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PUSLING	Puskesmas Keliling
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDA	Sumber Daya Alam
SDM	Sumber Daya Manusia
SE	Surat Edaran
SK	Surat Keputusan
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TB	Tuberculosis Baccillus
TB-BTA	Tuberculosis Baccillus Bakteri Tahan Asam
TP	Tugas Pembantuan
TT	Tempat Tidur
TU	Tata Usaha
UCI	Universal Child Immunization
UGD	Unit Gawat Darurat
UHH	Umur Harapan Hidup
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat
UNDP	United Nation Development Program
UPT	Unit Pelaksana Teknis
UPTD	Unit Pelaksana Teknis Daerah
UU	Undang Undang
UUD	Undang Undang Dasar

## Daftar Gambar

Gambar 2.1	Mekanisme Penetapan dan Penyaluran Alokasi Dana BOK	21
Gambar 3.1.	Kerangka Konsep Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan Terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas Dalam Pencapaian Target MDG's	26
Gambar 3.2	Kerangka Konsep Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Pencapaian Target MDGs	27
Gambar 3.3.	Kerangka Operasional Tahap I Tahun 2010	31

## Daftar Lampiran

- Lampiran 1. Protokol Penelitian
- Lampiran 2. SK Penelitian
- Lampiran 3. Surat ijin penelitian dari Kemendagri
- Lampiran 4. Surat Persetujuan Etik
- Lampiran 5. Surat Pemberitahuan Pelaksanaan Penelitian ke Propinsi
- Lampiran 6. Surat Pemberitahuan Pelaksanaan Penelitian ke Kabupaten/Kota
- Lampiran 7. Kuesioner Dinas Kesehatan Kabupaten/kota
- Lampiran 8. Kuesioner Puskesmas
- Lampiran 9. Buku Kode dan Pedoman Pengisian Kuesioner
- Lampiran 10. Hasil univariat 1
- Lampiran 11. Hasil Univariat 2
- Lampiran 12. Kandidat Utama Indeks Alokasi Anggaran
- Lampiran 13. Kandidat indeks yang secara statistik signifikan
- Lampiran 14. Indeks dengan pembobotan
- Lampiran 15. Biaya Operasional Ideal Puskesmas, Kabupaten dan Biaya Operasional yang disediakan oleh Pemerintah Daerah
- Lampiran 16. Biaya Operasional Puskesmas dan Kabupaten serta simulasi terhadap 900 M
- Lampiran 17. Simulasi Biaya Operasional Kesehatan dengan memperhitungkan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan
- Lampiran 18. Indeks Alokasi Anggaran Kabupaten/Kota
- Lampiran 19. Perhitungan BOK Ideal dan Riil setelah memperhitungkan PDBK
- Lampiran 20. Biaya Operasional Puskesmas dan Kabupaten serta simulasi terhadap 900 M setelah memperhitungkan PDBK
- Lampiran 21. Simulasi Biaya Operasional Kesehatan dengan memperhitungkan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dan adjustment terhadap 900M

## **BAB I: PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat yang baik dan bermutu merupakan syarat utama untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang adil dan merata sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945. Dalam memenuhi upaya tersebut diperlukan peningkatan dan pengembangan berbagai macam cara agar pelayanan yang diberikan dapat tepat, jelas dan nyata sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat berlangsung secara efisien, efektif, transparan, bersih dan bertanggungjawab.

Dengan adanya Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, maka terjadi perubahan terhadap kebijakan pemerintah termasuk kebijakan di bidang kesehatan. Dampak dari kebijakan tersebut adalah adanya otonomi daerah di bidang kesehatan yang pada hakekatnya merupakan pemberian kewenangan kepada daerah untuk merumuskan dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat. Sebagaimana fasilitas kesehatan yang menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah termasuk di antaranya adalah Puskesmas.

Pembagian kewenangan dan pengaturan kelembagaan dalam desentralisasi termasuk di dalamnya kewenangan di bidang kesehatan yang telah jelas tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten atau Kota. Desentralisasi bidang kesehatan memberikan kewenangan bagi daerah untuk menentukan sendiri program dan pengalokasian dana pembangunan kesehatan didaerahnya sehingga mampu memberikan program pembangunan kesehatan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan kesehatan, potensi setempat serta mampu menjadikan masyarakat sebagai subyek pembangunan.

Sebagai tindak lanjut di bidang kesehatan, diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal yang diikuti dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang terdiri dari 18 jenis pelayanan, yang telah merefleksikan sebagian besar indikator MDG's yang ditetapkan WHO. Tahun 2010 adalah tahun penting menuju target pencapaian sasaran MDG's di tahun 2015 dan 2020, khususnya karena di Indonesia merupakan tahun transisi pemerintahan.

Puskesmas sebagai unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota bertanggungjawab pada pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan berperan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Dengan demikian peran puskesmas sangat penting yang berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama (Dirjen Binkesmas Depkes RI, 2006).

Hingga saat ini peran puskesmas dinilai belum berbicara banyak karena masih rendah kinerjanya, pelayanan yang terbatas dan tidak inovatif, keterbatasan sumberdaya manusia dan anggaran, dan berbagai persoalan lainnya, serta masih banyak keluhan masyarakat berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Momen yang disebutkan di atas merupakan tonggak penting untuk segera melakukan upaya perbaikan agar puskesmas mampu meningkatkan perannya sebagai *primary health care* dengan meningkatkan kualitas pelayanan, kualitas sumberdaya manusia untuk meningkatkan daya saing dan pelayanan kesehatan yang didukung dengan anggaran yang memadai. Peningkatan pelayanan kesehatan ini diharapkan dapat meningkatkan dan memperbaiki kinerja puskesmas.

Berbagai masalah kesehatan yang masih menjadi target pemicu peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan menjadi prioritas ke tiga dalam RPJMN memerlukan strategi konkrit dalam merealisasikan target capaiannya. Meningkatnya umur harapan hidup (UHH) dari 70,7 tahun pada 2008 ditargetkan menjadi 72,0 pada tahun 2014. menurunnya angka kematian ibu (AKI) melahirkan dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada 2008 ditargetkan menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Menurunnya angka kematian bayi (AKB) dari 34 per 1.000 kelahiran hidup pada 2008 ditargetkan menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Serta menurunnya prevalensi kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) pada anak balita dari 18,4% pada 2008 ditargetkan menjadi <15,0% pada tahun 2014.

Masih tingginya masalah kesehatan tersebut di Indonesia salah satunya adalah bahwa pembangunan kesehatan belum menjadi *mainstream*, adanya ketidakmampuan mengendalikan dampak negatif pembangunan, serta kurang efektif dan efisien dalam menjalankan pembangunan kesehatan yang menyebabkan hasil program pembangunan kesehatan menjadi masalah yang pelik. Supriyanto (2005) menyatakan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, oleh karena itu perlu dilakukan upaya yang keras untuk menyelesaikan persoalan tersebut.

Untuk itu, Pemerintah menitikberatkan pembangunan kesehatan melalui pendekatan preventif, tidak hanya kuratif, melalui peningkatan kesehatan masyarakat dan pencapaian keseluruhan sasaran *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015

khususnya pada bidang kesehatan. Berbagai substansi inti program aksi bidang kesehatan telah tertuang secara jelas sebagai arahan program pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2010-2014.

Upaya pelaksanaan program kesehatan preventif terpadu meliputi pemberian imunisasi dasar kepada 90% balita pada 2014; Penyediaan akses sumber air bersih yang menjangkau 67% penduduk dan akses terhadap sanitasi dasar berkualitas yang menjangkau 75% penduduk sebelum 2014; Penurunan tingkat kematian ibu saat melahirkan dari 307 per 100.000 kelahiran pada 2008 menjadi 118 pada 2014, serta tingkat kematian bayi dari 34 per 1.000 kelahiran pada 2008 menjadi 24 pada 2004.

Di samping itu, peningkatan kualitas dan jangkauan layanan KB melalui 23.500 klinik Pemerintah dan swasta selama 2010-2014; Ketersediaan dan peningkatan kualitas layanan rumah sakit berakreditasi internasional di minimal 5 kota besar di Indonesia dengan target 3 kota pada 2012 dan 5 kota pada 2014; Pemberlakuan Daftar Obat Esensial Nasional sebagai dasar pengadaan obat di seluruh Indonesia dan pembatasan harga obat generik bermerek pada 2010; serta Penerapan Asuransi Kesehatan Nasional untuk seluruh keluarga miskin dengan cakupan 100% pada 2011 dan diperluas secara bertahap untuk keluarga Indonesia lainnya antara 2012-2014.

Tingkat pelayanan kesehatan yang masih rendah dan belum berkualitas diindikasikan mempunyai dampak pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan masyarakatnya. Langkah awal yang dilakukan adalah dengan menetapkan indikator kesehatan masyarakat yang *eligible*. Salah satu poin untuk menentukan tingkat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari Indikator Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Upaya akselerasi pencapaian MDG's, menentukan cakupan dan besaran beban biaya, maka Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan menetapkan IPKM dan Standar Pelayanan Minimum (SPM) sebagai indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Perwujudan (Pencapaian) IPKM dan SPM secara optimal merupakan cerminan kinerja pelayanan kesehatan di komunitas (masyarakat) seperti puskesmas. Hambatan kinerja puskesmas dan jaringannya dalam mencapai target SPM pada saat ini, kemungkinan dikarenakan kekurangan biaya operasional langsung untuk pelayanan, kekurangan tenaga kesehatan yang sesuai kebutuhan kesehatan, dan keterbatasan kemampuan manajerial seperti perencanaan dan evaluasi di puskesmas. Selain itu, berdasarkan kenyataan di lapangan ditemukan bahwa anggaran pemerintah daerah yang di alokasikan untuk sektor kesehatan terbatas (terutama) dalam aspek investasi, sedangkan biaya operasional untuk penyelenggaraan upaya kesehatan primer seperti upaya promotif–preventif dalam program KIA-KB, Gizi, Imunisasi, Kesehatan Lingkungan, Promosi kesehatan, dan Pengendalian Penyakit, alokasi anggaran yang rendah dan bervariasi antar daerah (*Gani, 2009*).

Sumber pembiayaan pemerintah daerah yang bersumber dari APBD dianggap tidak mencukupi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara signifikan sebagaimana masih dibawah dari kesepakatan Bupati/Walikota seluruh Indonesia yang menetapkan anggaran kesehatan daerah sebesar 10% dari APBD. Selanjutnya dengan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan guna memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas maka diupayakan model pembiayaan baru yang lebih menitikberatkan kepada pembiayaan langsung dari Pusat ke pusat pelayanan kesehatan berbasis komunitas di tingkat Puskesmas. Upaya pembiayaan ini diwujudkan melalui program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

Program BOK di Puskesmas dan jaringannya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan promotif dan preventif diharapkan dapat mempercepat pencapaian tujuan MDG's. MDG's di Indonesia dimodifikasi menjadi MDG's Plus, dimana plus yang dimaksud adalah modifikasi terhadap pengendalian penyakit menular yang bersifat lokal, yang mampu ditangani oleh pelayanan puskesmas seperti penyakit filaria.

## 1.2 Perumusan Masalah

Anggaran yang dialokasikan ke puskesmas terdiri dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), subsidi Pusat kepada Pemerintah Daerah, dan Bantuan Luar Negeri (BLN). Masing-masing sumber tersebut mempunyai rincian kegiatan yang harus dipertanggungjawabkan. Alokasi anggaran tersebut dalam implementasinya menjadi terkotak-kotak (*fragmented*), karena anggaran yang sudah ditetapkan untuk suatu program tidak dapat dialihkan untuk program lain meskipun kebutuhan program tersebut sangat mendesak. Kondisi ini menyebabkan penggunaan anggaran menjadi tidak fleksibel dan tidak efisien.

Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, memperlihatkan bahwa sebagian besar urusan Pemerintahan telah diserahkan kepada Daerah termasuk Bidang Kesehatan. Konsekuensi logis dari penyerahan ini adalah segala sesuatu yang menyangkut perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.

Secara umum biaya operasional puskesmas yang telah dianggarkan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota tidak mencukupi sehingga mempengaruhi pencapaian program kesehatan. Kekurangan biaya operasional dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan puskesmas yang dirasakan secara nyata oleh masyarakat. Berdasarkan uraian tersebut diperlukan upaya untuk mengetahui kebutuhan biaya operasional sesuai pelayanan kesehatan dasar dan mekanisme penyaluran dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas serta pengaruhnya terhadap kinerja puskesmas.

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

Adapun pertanyaan yang dapat diajukan untuk studi ini adalah

1. Bagaimana regulasi pengelolaan keuangan selama ini di puskesmas ?
2. Berapa besaran biaya operasional puskesmas yang memadai menurut tipologi puskesmas yang berbeda ?
3. Bagaimana mekanisme perencanaan, penyaluran, dan pemanfaatan dana Bantuan Operasional Kesehatan ?
4. Bagaimana mekanisme sistem pelaporan dan pertanggungjawaban dana BOK yang akuntabel ?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Mengkaji gambaran pengelolaan keuangan, pembiayaan serta peran BOK terhadap kinerja puskesmas guna percepatan pencapaian target MDG's.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus Tahap Pertama

1. Mengkaji gambaran pengelolaan keuangan di puskesmas selama (saat) ini.
2. Menentukan gambaran kinerja puskesmas dalam mencapai indikator SPM untuk mempercepat pencapaian MDG's Plus.
3. Mengkaji mekanisme perencanaan, penyaluran, dan pemanfaatan dana Bantuan Operasional Kesehatan yang sesuai di Kabupaten dan Kota.
4. Menentukan gambaran tentang sistem pelaporan dan pertanggungjawaban dana BOK yang akuntabel.
5. Menentukan besaran biaya operasional puskesmas yang memadai menurut tipologi puskesmas di setiap daerah.

### 1.4.3 Tujuan khusus Tahap Kedua

1. Menilai kemampuan daya serap BOK di puskesmas.
2. Menilai efektivitas mekanisme perencanaan, penyaluran, pemanfaatan, dan pengawasan dana BOK (*Fund Channeling BOK*).
3. Menentukan model pengalokasian dana BOK ke puskesmas.
4. Mengkaji pengaruh BOK terhadap kinerja puskesmas dalam mencapai indikator SPM untuk mempercepat pencapaian MDG's Plus.

### 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Studi ini merupakan studi pemetaan penggunaan anggaran di tingkat puskesmas dengan mengkaji implementasi penggunaan anggaran di puskesmas sebelum diberikan stimulus anggaran BOK dan pada awal implementasi program BOK yang diberikan di puskesmas.

Studi BOK tahun 2010 yaitu berbasis fasilitas kesehatan dasar (*primary facility based*) di puskesmas. Jumlah puskesmas dalam studi ini berjumlah 629 puskesmas dari total 8.570 puskesmas di Indonesia yang tersebar di 36 wilayah Kabupaten dan Kota. Jumlah tersebut dianggap mewakili populasi puskesmas di tingkat kabupaten dan kota di Indonesia.

Studi ini dilaksanakan dalam 2 tahap, dimana pada tahap pertama dilaksanakan selama 10 bulan yang di mulai sejak bulan Maret 2010 sampai dengan bulan Desember 2010. Sedangkan tahap kedua akan dilaksanakan pada tahun 2011.

Laporan Studi BOK tahap pertama ini bertujuan untuk menjawab tujuan studi yang meliputi

1. Mengkaji gambaran pengelolaan keuangan di puskesmas saat ini.
2. Menentukan gambaran kinerja Puskesmas dalam mencapai indikator SPM untuk mempercepat pencapaian MDG's Plus.
3. Menentukan besaran biaya operasional Puskesmas yang memadai menurut tipologi puskesmas di setiap daerah.

Sedangkan untuk menjawab tujuan studi yang berkaitan dengan kemampuan daya serap BOK di puskesmas, karena adanya keterbatasan waktu dan perolehan data sekunder yang terbatas, sehingga hanya dapat diberikan informasi yang diperoleh. Selanjutnya data tentang (*Plan of Action*) PoA dan pelaporan dapat digunakan untuk menjawab tujuan tentang pengelolaan dana BOK.

## 1.6 Manfaat Penelitian

Pihak yang secara umum dapat memperoleh manfaat langsung dari hasil penelitian ini, adalah :

1. Bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebagai institusi yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia, hasil penelitian ini merupakan *evidence* yang dapat digunakan sebagai dasar pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan nasional dalam intervensi pembiayaan khusus.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, hasil penelitian ini memberikan masukan khususnya di bidang pembiayaan kesehatan, mengetahui mekanisme pembiayaan kesehatan berbasis kinerja yang akuntabel di puskesmas serta sebagai masukan dalam menyusun anggaran kesehatan di tingkat daerah.
3. Bagi Akademisi, kesempatan melakukan eksplorasi data BOK adalah sebesar-besarnya peluang untuk menjelaskan fenomena dan faktor anggaran yang mempengaruhi kesenjangan dan ketidakmerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.
4. Bagi Masyarakat, hasil penelitian ini memberikan motivasi untuk berpartisipasi aktif dalam peningkatan upaya pelayanan kesehatan promotif–preventif.

## BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Landasan Kebijakan BOK

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana dari Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu pemerintahan kabupaten dan pemerintahan kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan menuju *Millennium Development Goals* (MDGs) dengan meningkatkan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. BOK merupakan bantuan biaya operasional kesehatan dalam bentuk non gaji ke Puskesmas dan jaringannya dalam penyelenggaraan jenis pelayanan kesehatan promotif dan preventif yang meliputi KIA-KB, gizi, imunisasi, kesehatan lingkungan, promosi kesehatan, dan pengendalian penyakit.

Undang-undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia tahun 1945 hasil amandemen ke empat pada tahun 2002 menekankan pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia, dimana tertulis pada amandemen Pasal 28 Ayat 1 yang menyatakan bahwa setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan, pada Pasal 34 Ayat 2 yang menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat, dan pada Pasal 34 Ayat 3 yang menyatakan bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Hal ini menunjukkan bahwa keterlibatan negara dalam melayani hak dasar masyarakatnya merupakan sebuah keniscayaan.

Munculnya Tap MPR No. IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah menjadikan Indonesia memasuki era desentralisasi yang di mulai tanggal 1 Januari 2001. Prinsip desentralisasi adalah otonomi seluasnya dimana daerah diberikan kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan diluar yang menjadi urusan Pemerintah yang ditetapkan dalam Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kemudian di revisi menjadi Undang-undang No. 8 tahun 2005 tentang Pemerintahan Daerah. Pembagian kewenangan antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam bentuk kontribusi terhadap pembiayaan kesehatan lebih tajam telah di atur melalui Undang-undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pada Undang-undang tersebut tertuang secara garis besar tentang besaran alokasi pembiayaan kesehatan antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah. Pada Pasal 171 Ayat 1 dijelaskan bahwa besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji. Sedangkan pada

Pasal 171 Ayat 2 dijelaskan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Kebijakan penting lainnya yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan dapat berupa Undang-undang dan Peraturan Pemerintah, Permendagri, Permenkes maupun Kepmenkes. Kebijakan tersebut terdiri atas:

1. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
4. Peraturan Pemerintah No. 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
5. Peraturan Pemerintah No. 65 tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
6. Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi Dan Pemerintah Kabupaten/Kota
7. Peraturan Pemerintah No. 41 tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah
8. Permendagri No. 6 tahun 2007 Tentang Juknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal
9. Permendagri No. 79 tahun 2007 tentang Pedoman penyusunan rencana pencapaian SPM → Menkes melakukan pembinaan dan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM pemerintahan daerah
10. Permendagri No. 8 tahun 2009 tentang Pedoman dan Tata Cara Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah
11. Permenkes No. 741 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
12. Permenkes No.317 tahun 2009 tentang Pedoman Perencanaan Pembiayaan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Kota
13. Kepmenkes No.922/Menkes/SK/X/2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah, PDP, PD Kab/Kota
14. Kepmenkes No.828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan di Kab/Kota

Kendati regulasi dan tanggung jawab pembiayaan pelayanan kesehatan selama ini banyak di inisiasi oleh Pemerintah Pusat, namun dalam realisasi pelaksanaan sesungguhnya memerlukan keterlibatan dan dukungan penuh dari Pemerintah Daerah. Desentralisasi bidang kesehatan memberikan kewenangan bagi daerah untuk menentukan sendiri program dan pengalokasian dana pembangunan kesehatan di daerahnya sehingga mampu memberikan program pembangunan kesehatan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan kesehatan dan potensi setempat serta mampu menjadikan masyarakat sebagai subyek pembangunan (PP No. 38 Tahun 2007).

Dengan memperhatikan berbagai landasan kebijakan tersebut di atas, sesungguhnya BOK telah memiliki landasan kuat sebagai amanat kesejahteraan rakyat. BOK merupakan bentuk kebijakan baru yang telah tertuang dalam Rencana Panjang Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode tahun 2010–2014. BOK menjadi Prioritas RPJMN dalam Prioritas ke delapan tentang peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Fokus prioritas ke delapan tersebut pada urutan butir ke empat atau butir (d) tertulis tentang penyediaan Bantuan Operasional Kesehatan untuk pelayanan kesehatan primer di Puskesmas.

Dalam implementasinya Bantuan Operasional Kesehatan masuk ke dalam Program Teknis dibawah Program Bina Upaya Kesehatan. Untuk memudahkan aktivitas proses perencanaan, penganggaran, dan monitoring Bantuan Operasional Kesehatan dimasukkan sebagai Kegiatan Khusus dalam Mata Anggaran Kegiatan (MAK) dengan nama kegiatan “Bantuan Operasional Kesehatan” atau disingkat sebagai BOK.

## **2.2 Pengelolaan Anggaran dan Biaya Operasional Puskesmas**

### **2.2.1 Pengelolaan Anggaran**

Healey dan Robinson (1992) menyatakan bahwa salah satu hal penting dan vital dalam upaya pengelolaan pembangunan adalah adanya *good government*, yang diimplementasikan dalam bentuk perhatian secara khusus pada pelaksanaan dan pengaturan akuntabilitas, transparansi, partisipasi, dan penegakan aturan serta hukum. Selain itu untuk menuju ke jiwa *good government* diperlukan perhatian yang seksama yang harus ditujukan pada pembentukan *capable state*, melalui penerapan pengelolaan anggaran secara terpadu dan pembagian peran dan alokasi yang jelas anggaran yang diterima oleh pemerintah (khususnya pemerintah kabupaten atau kota). Secara umum memang terdapat beberapa perbedaan jelas pada alokasi anggaran di tingkat pusat, provinsi, dan bantuan luar negeri.

Bila memperhatikan amanat UU No. 36 tahun 2009 Pasal 171 ayat 1 dan 2, idealnya anggaran kesehatan di setiap kabupaten dan kota dapat mencapai maksimal 15%, namun pada kenyataan porsi anggaran kesehatan yang disediakan pemerintah daerah diperkirakan tidak banyak berubah, berkisar antara 2% sampai dengan 3%. Di sisi yang lain kebutuhan anggaran untuk pelayanan primer dan program kesehatan masyarakat terus meningkat. Oleh karena itu Pemerintah perlu meningkatkan dan memprioritaskan anggaran pada pelayanan primer tersebut, yakni pelayanan promotif dan preventif, dan pelayanan kuratif tingkat pertama (*primary health care*).

### 2.2.2 Biaya Operasional Puskesmas

Dalam pemanfaatan biaya disampaikan beberapa klasifikasi biaya yang perlu difahami sebagai dasar pelaksanaan perhitungan biaya program, dan sebagai kajian untuk menyamakan persepsi dan mencegah salah pengertian tentang biaya yang terjadi akibat pelayanan kesehatan termasuk untuk pembiayaan yang dibantu dari alokasi BOK.

#### 1. Klasifikasi biaya menurut fungsi (kegunaannya):

##### a. Biaya Investasi.

Biaya Investasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang modal yang berhubungan dengan pembangunan maupun pengembangan fisik dan kapasitas produksi yang kegunaan atau pemanfaatannya bisa berlangsung selama satu tahun atau lebih. Dalam program kesehatan, contoh biaya investasi adalah:

- Biaya pembangunan gedung.
- Biaya pembelian alat non medis.
- Biaya pembelian alat medis.
- Biaya pendidikan staf.

Perhitungan biaya investasi dilakukan dalam kurun waktu satu tahun. Untuk menghitung nilai investasi peralatan medis dan non medis terdapat beberapa batasan yang harus disepakati terlebih dahulu, karena apabila dapat menjadikan rancu dengan biaya operasional. Menghitung biaya investasi yang dihitung dalam kurun waktu setahun adalah dengan menyetahunkan biaya investasi tersebut dengan menggunakan rumus yang biasa dilakukan dengan mempertimbangkan harga beli, masa pakai dan umur barang.

##### b. Biaya Operasional

Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan barang modal dalam suatu proses produksi (agar barang investasi tersebut berfungsi) sehingga menghasilkan produk yang diinginkan. Contoh biaya operasional dalam program kesehatan adalah:

- Biaya gaji, upah, insentif dan biaya personil lainnya.
- Biaya obat dan bahan medis.
- Biaya makanan (untuk puskesmas dengan tempat tidur).
- Biaya perjalanan.
- Biaya bahan bakar.
- Biaya listrik, telepon, air, dan lainnya.

### c. Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan adalah biaya yang diperlukan untuk mempertahankan kapasitas barang investasi agar dapat bertahan lama sehingga dapat memperlama waktu untuk produksi atau waktu produksi lebih lama. Biaya pemeliharaan misalnya:

- Biaya pemeliharaan gedung.
- Biaya pemeliharaan alat non-medis.
- Biaya pemeliharaan alat medis.
- Biaya pemeliharaan SDM dalam bentuk pelatihan.

## 2. Klasifikasi biaya menurut peranannya dalam proses produksi:

### a. Biaya langsung (Direct Cost)

Biaya langsung adalah biaya yang secara langsung dikeluarkan pada unit yang memproduksi barang atau jasa pelayanan (unit produksi). Contohnya adalah:

- Biaya investasi ruang rawat inap, investasi alat di rawat inap, dan lainnya.
- Biaya gaji tenaga perawatan
- Biaya obat dan makan untuk rawat inap.
- Biaya pemeliharaan ruang rawat.

### b. Biaya tak langsung (Indirect Cost)

Biaya tidak langsung adalah biaya yang dikeluarkan pada unit yang tidak secara langsung berhubungan dalam memproduksi output, dengan kata lain biaya yang dikeluarkan untuk unit penunjang. Contohnya adalah:

- Biaya tenaga administratif.
- Biaya tenaga cleaning service dan office boy.
- Biaya tenaga keamanan juga kalau ada.
- Biaya gedung kantor kepala puskesmas, direktur rumah sakit
- Biaya gedung untuk urusan administratif puskesmas maupun rumah sakit.
- Biaya peralatan non medis yang digunakan untuk menunjang pelayanan.
- Biaya telepon/ listrik/ air untuk direksi rumah sakit

### 2.2.3 Sumber Pembiayaan Puskesmas

Anggaran yang dialokasikan ke puskesmas terdiri dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), subsidi Pusat kepada Pemerintah Daerah, dan Bantuan Luar Negeri (BLN). Masing-masing sumber tersebut mempunyai rincian kegiatan yang harus dipertanggungjawabkan. Alokasi anggaran tersebut dalam implementasinya menjadi terkotak-kotak (*fragmented*), karena anggaran yang sudah ditetapkan untuk suatu program tidak dapat dialihkan untuk program lain meskipun kebutuhan program tersebut sangat mendesak. Kondisi ini menyebabkan penggunaan anggaran menjadi tidak fleksibel dan tidak efisien.

Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, memperlihatkan bahwa sebagian besar urusan Pemerintahan telah diserahkan kepada Daerah termasuk Bidang Kesehatan. Konsekuensi logis dari penyerahan ini adalah segala sesuatu yang menyangkut perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.

Secara umum biaya operasional puskesmas yang telah dianggarkan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota tidak mencukupi sehingga mempengaruhi pencapaian program kesehatan. Kekurangan biaya operasional dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan puskesmas yang dirasakan secara nyata oleh masyarakat. Berdasarkan uraian tersebut diperlukan upaya untuk mengetahui kebutuhan biaya operasional sesuai pelayanan kesehatan dasar dan mekanisme penyaluran dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas serta pengaruhnya terhadap kinerja puskesmas.

## 2.3 Kinerja Puskesmas, Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas dan *Millenium Development Goals*

### 2.3.1 Kinerja Puskesmas

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dari Dinas Kesehatan adalah unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah tertentu. Dengan demikian, maka peranan dan kedudukan Puskesmas sebagai sarana kesehatan terdepan bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.

Adanya otonomi daerah, di mana bidang kesehatan termasuk ke dalam urusan yang diserahkan kepada daerah dan adanya kebijaksanaan swadana serta masuknya sektor swasta dalam bidang kesehatan akan mendorong kompetisi dalam memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara lebih efisien, sehingga pemberi pelayanan kesehatan harus merubah pandangannya untuk lebih berorientasi pada pasar atau konsumen, dengan melakukan perbaikan mutu pelayanan. Kondisi seperti itu akan menuntut Puskesmas untuk melaksanakan kerjanya dengan baik.

### **2.3.2 Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan suatu standar dengan batasan tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator, dan nilai (*benchmark*). Yang dimaksud dengan indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan yang terjadi. Sedangkan jenis pelayanan adalah pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan (SE Mendagri NO. 100/756/OTODA).

Adapun Standar Pelayanan Minimal yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten atau Kota dengan jenis pelayanan dan indikator kinerja dan target tahun 2010 sampai dengan 2015, adalah meliputi:

#### **a. Pelayanan Kesehatan Dasar:**

1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4 95% pada tahun 2015.
2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80% pada tahun 2015.
3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada tahun 2015.
4. Cakupan pelayanan nifas 90% pada tahun 2015.
5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada tahun 2010.
6. Cakupan kunjungan bayi 90% pada tahun 2010.
7. Cakupan desa atau kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100% pada tahun 2010.
8. Cakupan pelayanan anak balita 90% pada tahun 2010.
9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin 100% pada tahun 2010.
10. Cakupan balita gizi buruk mendapatkan perawatan 100% pada tahun 2010.
11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 100% pada tahun 2010.
12. Cakupan peserta KB aktif 70% pada tahun 2010.
13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada tahun 2010.

14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada tahun 2015.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan:
1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada tahun 2015.
  2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (rumah sakit) di Kabupaten atau kota 100% pada tahun 2015.
- c. Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB), dimana cakupan desa atau kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi kurang dari 24 jam 100% pada tahun 2015.
- d. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat cakupan desa siaga aktif 80% pada tahun 2015.
- Berdasarkan standar pelayanan minimal, kabupaten atau kota tertentu mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan jenis pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan, karakteristik, dan potensi daerah.

Selain kegiatan yang wajib diselenggarakan, Kementerian Kesehatan menambahkan beberapa kriteria penting yang juga perlu diperhatikan dengan seksama, bahwa Standar Pelayanan Minimal:

1. Merupakan pelayanan yang langsung dirasakan oleh masyarakat, sehingga berbagai hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam pelaksanaan urusan wajib yang meliputi perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian, perizinan, sumberdaya, sistem, dan lainnya tidak dimasukkan ke dalam SPM kecuali *critical support function*.
  2. Merupakan prioritas tinggi bagi Pemerintah Daerah karena melindungi hak konstitusional perorangan dan masyarakat, untuk melindungi kepentingan nasional dan memenuhi komitmen nasional dan global, serta merupakan penyebab utama kematian atau kesakitan.
  3. Berorientasi pada *output* yang langsung dirasakan masyarakat.
- Dilaksanakan secara berkesinambungan (*sustainable*), dapat diukur (*measurable*), dan dapat dilaksanakan (*feasible*).

Puskesmas sebagai lembaga penyelenggara pelayanan publik wajib memperhatikan dan memberikan pelayanan dengan standar minimal yang telah ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan dan perubahan di berbagai bidang kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Namun masih banyak yang perlu dibenahi karena adanya berbagai kendala seperti misalnya yang disebabkan oleh ketidaksiapan untuk menanggapi terjadinya transformasi nilai yang berdimensi luas serta dampak berbagai masalah pembangunan yang kompleks.

### 2.3.3 Millenium Development Goals

Tujuan Pembangunan Milenium adalah komitmen dari komunitas internasional terhadap pengembangan visi mengenai pembangunan; yang secara kuat mempromosikan pembangunan manusia sebagai kunci untuk mencapai pengembangan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan dengan menciptakan dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan global, dijelaskan di bawah ini sebagai berikut:

1. MDGs merupakan bagian dari wadah atau perkumpulan tingkat Internasional yang memiliki perluasan visi untuk perkembangan atau kemajuan di seluruh negara yang menyepakati MDGs. MDGs berupaya menginformasikan dan meningkatkan perkembangan social dan ekonomi, mengenalkan pentingnya hubungan global (hubungan multilateral) untuk perkembangan. Sudah saatnya setiap negara yang siap memikirkan negaranya dengan keterbatasan dalam berbagai hal untuk berupaya meningkatkan kemampuan negara dari keterbelakangan yang terjadi di negara masing-masing untuk dapat menjalin komitmen dan hubungan multilateral dalam visi MDGs.
2. Banyak target yang akan dicapai pada saat mendiskusikan target yang hendak dicapai pada acara konferensi tingkat Internasional pada tahun 1990-an. Partner untuk mencapai target MDGs dibantu oleh beberapa organisasi dunia untuk mengevaluasi perkembangan MDGs, diantaranya adalah: FAO, IEA, ILO, IMF, IPU, ITU, OECD, UNICEF, UNIFEM, UNDP, UNEP, UNFCCC, dan lainnya. Semenjak tahun 1990 sampai dengan 2005 sudah terlihat perkembangan perjalanan MDGs terhadap tujuan MDGs baik di dunia maupun di Indonesia. Dengan kondisi tersebut menunjukkan adanya tingkat keseriusan masing-masing negara dalam kesepakatan MDGs untuk mengimplementasikan target yang hendak dicapai. Bukan hal mudah dalam mencapai tujuan MDGs karena upaya mencapai tujuan tersebut sangat bergantung pada kesiapan dan komitmen dari masing-masing negara.
3. Komitmen yang termuat dalam MDGs, diupayakan oleh para pimpinan negara untuk membuat laporan perkembangan target MDGs. Seperti Indonesia telah melaporkan hasil MDGs yang dicapainya dengan mengukur dan menganalisis kemajuan yang dicapai dengan implementasi yang telah direalisasikan dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia Tahun 2010 yang diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) tahun 2010 . Indonesia juga berupaya mengidentifikasi berbagai kebijakan politis dan program yang telah terpenuhi dalam rangka pencapaian target MDGs tersebut.
4. Saat ini MDGs menjadi bagian penting bahkan menjadi acuan penting dalam pelaksanaan perjalanan perkembangan Bangsa Indonesia, Indonesia sebagai negara berkembang yang masih memiliki tingkat pengangguran dan kemiskinan yang cukup tinggi, masalah kesehatan yang tak kunjung menurun seperti terlihat pada angka kematian ibu, masalah gizi, dan lainnya. Perhatian MDGs bagi bangsa Indonesia menjadikan MDGs sebagai acuan untuk mencapai tujuan pembangunan bangsa sebagaimana tertera pada target MDGs.

MDGs mempunyai 8 (delapan) tujuan. Tujuan Pembangunan Milenium secara ringkas dijelaskan sebagai berikut:

- Goal 1:* Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, dengan target pada tahun 2015 terjadi penurunan setengah dari penduduk dunia yang berpenghasilan kurang dari 1 Dolar Amerika Serikat sehari dan mengalami kelaparan.
- Goal 2:* Mencapai pendidikan dasar untuk semua, dengan memastikan bahwa setiap anak laki dan perempuan mendapatkan dan dapat menyelesaikan pendidikan dasar.
- Goal 3:* Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, dengan mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama pada tahun 2005 yang telah lalu dan pada semua tingkatan pendidikan pada tahun 2015.
- Goal 4:* Menurunkan angka kematian anak, dengan mengurangi dua per tiga tingkat kematian anak-anak usia di bawah 5 tahun.
- Goal 5:* Meningkatkan kesehatan ibu, dengan mengurangi dua per tiga rasio kematian ibu dalam proses melahirkan.
- Goal 6:* Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, dengan menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran HIV/ AIDS, malaria, dan penyakit berat lainnya.
- Goal 7:* Memastikan kelestarian Lingkungan Hidup, dengan beberapa sebagai berikut:
- Mengintegrasikan prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta mengurangi hilangnya sumber daya lingkungan.
  - Pada tahun 2015 mendatang diharapkan dapat mengurangi setengah dari jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang sehat.
  - Pada tahun 2020 mendatang diharapkan dapat mencapai pengembangan yang signifikan dalam kehidupan bagi masyarakat yang tinggal di daerah kumuh.
- Goal 8:* Membangun kemitraan global untuk pembangunan.
- Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan sistem keuangan yang berdasarkan aturan yang dapat diperhitungkan, tidak ada diskriminasi. Termasuk komitmen terhadap pemerintahan yang baik, tingkat pembangunan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional.
  - Membantu kebutuhan khusus bagi negara kurang berkembang, dan kebutuhan khusus dari negara terpencil dan kepulauan kecil. Termasuk pembebasan tarif dan kuota untuk ekspor; peningkatan pembebasan hutang negara miskin yang berhutang besar; pembatalan hutang bilateral resmi; dan menambah bantuan pembangunan bagi negara yang berkomitmen mengurangi kemiskinan.
  - Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah utang negara berkembang. Perlu dikaji secara komprehensif dengan negara berkembang berkaitan masalah hutang melalui pertimbangan nasional dan internasional dalam rangka membuat hutang lebih dapat ditanggung dalam jangka panjang.
  - Mengembangkan usaha produktif yang layak dijalankan untuk kaum muda.

- e. Diperlukan kerja sama dengan pihak "farmasi" dalam rangka penyediaan akses obat penting yang terjangkau dalam negara berkembang. Dalam kerjasama dengan pihak swasta perlu dibangun adanya penyerapan keuntungan dari teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.

Delapan sasaran MDGs saling berkaitan, seperti kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kerusakan lingkungan, dan berbagai penyakit infeksi sangat berpengaruh pada angka kematian ibu hamil dan melahirkan, dan angka kematian bayi dan anak balita yang tinggi. Oleh karena itu, sebenarnya dapat dikaji bahwa perspektif gender seharusnya digunakan mulai di tujuan pertama MDGs, yakni penghapusan kemiskinan.

Implementasi perubahan paradigma kuratif ke paradigma sehat yang mengutamakan upaya promosi-preventif tanpa meninggalkan pengobatan dan rehabilitasi mempunyai konsekuensi berat dan dibutuhkan komitmen yang kuat. Yang harus dilakukan adalah pelaksanaan pendidikan yang intensif sampai ke tingkat bawah tentang cara hidup sehat. Selain itu harus dilakukan penyadaran bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Gambaran resume yang dapat disampaikan pada kajian ini dapat dinyatakan bahwa Indonesia belum mencapai tujuan MDGs tersebut. Dibutuhkan dana, ruang, tenaga, dan waktu untuk mencapainya terutama pada target yang dicapai dalam tahun 2015.

## **2.4 Mekanisme Pembiayaan, Penyaluran, Pemanfaatan dan Pelaporan Dana di Puskesmas**

### **2.4.1 Mekanisme Pembiayaan**

Pembiayaan kesehatan memerlukan pengelolaan yang baik dan seksama agar dapat dicapai pelayanan kesehatan yang efisien, efektif, dan produktivitas yang meningkat. Terdapat berbagai pengalaman dari beberapa negara lain dengan ciri budaya dan sistem pembiayaan kesehatan yang diterapkan di negara tersebut. Terdapat beberapa lesson learned dari beberapa implementasi manajemen pembiayaan yang dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan program pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni:

1. Terdapat mobilisasi 2 sumber pembiayaan kesehatan, yakni:
  - 1) Sektor publik, meliputi: Pajak, tarif pelayanan, bantuan, hibah, dan mandates.
  - 2) Sektor privat, meliputi: Pengeluaran langsung, perusahaan, program asuransi kesehatan, dan beberapa pinjaman.

2. Scheneider (1999) menyatakan bahwa penciptaan *capable state* dan *good government*, yang disertai dengan pengelolaan anggaran secara terpadu (*fund management*).
3. Terjadi reformasi subsidi pembiayaan kesehatan ke arah sistem jaminan sosial yang bersifat wajib.
4. Strategi pengendalian dan pengelolaan peningkatan biaya pelayanan kesehatan (*cost containment strategy*)
5. Pengembangan konseptual NHA (*National Health Accounts*) dan DHA (*District Health Account*).

Salah satu sumber pembiayaan atau penerimaan yang dapat diberikan kepada daerah adalah memberikan kewenangan untuk memungut retribusi (*revenue assignment*). Sumber lainnya untuk menambah penerimaan daerah adalah dengan memberikan bantuan transfer dana (*grant*) dari pemerintah pusat untuk sektor publik.

Transfer dana dari pusat ke daerah terbagi menjadi beberapa mekanisme, diantaranya adalah: Dana Bagi Hasil, berupa bagi hasil pajak dan bagi hasil sumberdaya alam (SDA); Dana Alokasi Umum (DAU); dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana bagi hasil yang dibagikan ke Kabupaten dan Kota berdasarkan persentase tertentu, dan didasarkan atas daerah penghasil (*by origin*). DAU dibagikan dengan rumus tertentu dan DAK dibagikan dengan beberapa tujuan tertentu yang sudah ditetapkan (*specific grant*).

Untuk menghasilkan produksi diperlukan beberapa input, maka demikian pula untuk dapat menghasilkan produk di bidang kesehatan, maka diperlukan input baik yang secara langsung digunakan untuk penerima pelayanan kesehatan seperti fasilitas gedung kesehatan, peralatan kesehatan, obat, tenaga medis dan lain-lain, maupun yang secara tidak langsung menunjang kelancaran kegiatan pemberian pelayanan kesehatan seperti gedung perkantoran/administrasi, tenaga non medis, peralatan non medis, peralatan listrik, konsumsi air, bahan bakar dan lain-lain.

Jadi dapat dikatakan bahwa biaya (*cost*) adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk menghasilkan suatu produk atau output, atau untuk mengkonsumsi suatu produk atau output yang dapat diukur dengan uang. Dengan demikian biaya bisa berbentuk uang, barang, waktu atau kesempatan (yang dikorbankan). Kesempatan yang dikorbankan disebut juga sebagai *opportunity cost*.

Fungsi manajemen di Puskesmas dilaksanakan dalam bentuk:

1. Perencanaan tingkat Puskesmas sebagai fungsi perencanaan.
2. Minilokakarya sebagai fungsi penggerakkan dan pelaksanaan. Tujuan minilokakarya adalah tergalangnya kerjasama antar tenaga puskesmas, terlaksananya kegiatan puskesmas, dan tersusunnya rencana bulanan, memantau hasil kerja baik mutu pelayanan maupun cakupan, dan terselenggaranya kerjasama lintas sektor.
3. Stratifikasi Puskesmas sebagai fungsi pengendalian dan penilaian

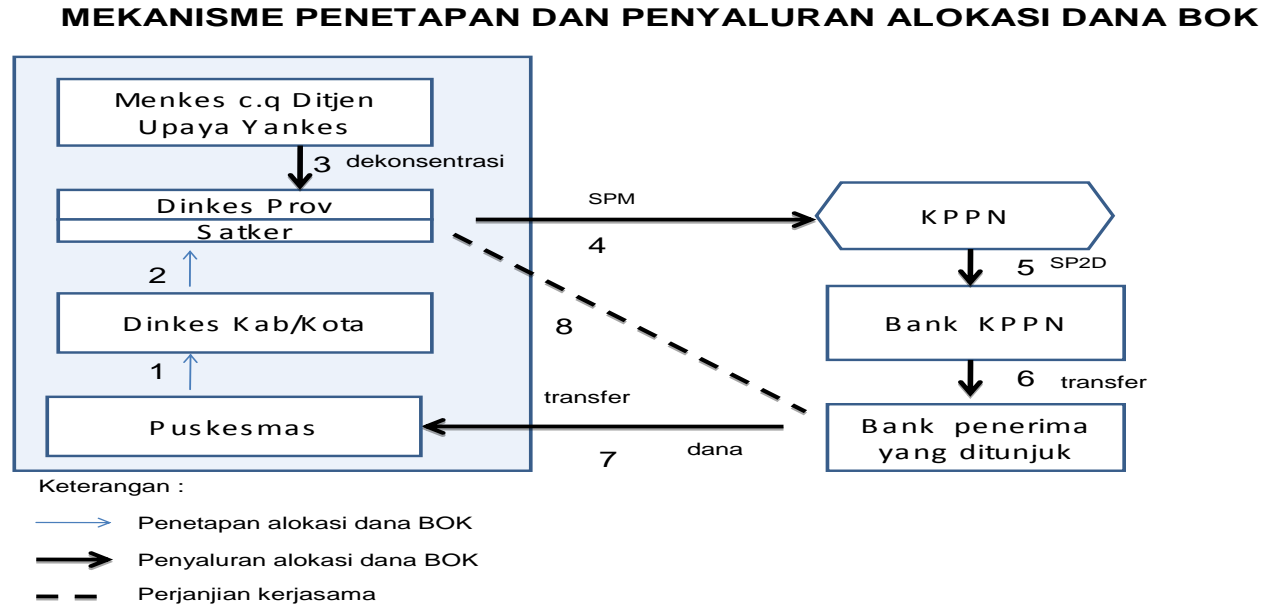
Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) merupakan suatu kegiatan yang sistematis untuk menyusun kegiatan yang akan dilaksanakan oleh Puskesmas pada tahun berikutnya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya mengatasi masalah-masalah kesehatan setempat. Pelayanan kesehatan meliputi promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit), rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Semua metode perencanaan kesehatan dititikberatkan pada usaha untuk meningkatkan hasil kerja sistem kesehatan. Oleh karena itu diperlukan suatu pandangan yang jelas mengenai sistem kesehatan tersebut dan komponennya dan harus memahami secara konseptual sistem tersebut dan tujuan perencanaan kesehatan. Perencanaan adalah suatu proses penyusunan sistematis mengenai kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dan alokasi sumber daya pembangunan kesehatan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan guna mencapai tujuan tertentu dalam periode waktu tertentu pula.

Puskesmas sebagai salah satu UPT Dinas Kesehatan, merupakan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan pokok yang bersifat menyeluruh, terpadu pada masyarakat di wilayah tertentu dengan peran serta aktif masyarakat, dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan publik sektor kesehatan harus dapat menyediakan pelayanan bermutu, merata, dan terjangkau.

### 2.4.2 Mekanisme Penyaluran Dana

Mekanisme penyaluran dana dapat dilihat pada gambar dibawah ini sebagai berikut.



Gambar 2.1.  
Mekanisme Penetapan  
dan Penyaluran Alokasi Dana  
BOK

Penjelasan dari gambar tersebut di atas, adalah sebagai berikut.

#### 1. Mekanisme Penetapan Alokasi Dana BOK

##### a. Puskesmas

- Kepala puskesmas menyusun kebutuhan dana BOK melalui perencanaan mikro yang dihadiri oleh seluruh staf puskesmas, pustu, polindes dan poskesdes.
- Kepala puskesmas mengusulkan kebutuhan dana BOK kepada Dinas kesehatan Kabupaten dan Kota menggunakan format tertentu.

- b. Dinas kesehatan Kabupaten dan Kota
    - Tim manajemen BOK Kabupaten dan Kota menilai dan merekapitulasi usulan BOK puskesmas di wilayahnya.
    - Tim Manajemen BOK Kabupaten dan Kota menetapkan besaran usulan alokasi anggaran masing-masing puskesmas melalui SK yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota.
    - Tim Manajemen BOK Kabupaten dan Kota mengajukan besaran alokasi anggaran BOK kepada Tim manajemen BOK Provinsi dengan menggunakan format tertentu dan data pendukung.
    - Tim Manajemen BOK Kabupaten dan Kota terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota, Kepala Sub Dinas atau Bidang, dan Kepala Seksi terkait.
  - c. Dinas Kesehatan Provinsi
    - Tim manajemen BOK Provinsi melakukan verifikasi dan rekapitulasi atas usulan BOK Kabupaten dan Kota.
    - Tim Manajemen BOK Provinsi menetapkan besaran alokasi anggaran BOK untuk masing-masing puskesmas setiap Kabupaten dan Kota melalui SK yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
    - Tim Manajemen BOK Provinsi mengusulkan alokasi anggaran BOK provinsi ke Kementerian Kesehatan dengan menggunakan format tertentu.
    - Tim Manajemen BOK Provinsi terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Sub Dinas atau Bidang, dan Kepala Seksi terkait.
  - d. Kementerian Kesehatan
    - Kementerian Kesehatan melalui Ditjen Upaya Pelayanan Kesehatan menetapkan alokasi anggaran BOK per provinsi berdasarkan usulan tim manajemen BOK provinsi dan dengan memperhatikan ketersediaan anggaran.
    - Tim manajemen BOK Pusat terdiri dari Dirjen Upaya Pelayanan Kesehatan, Biro Perencanaan dan Anggaran serta Direktorat dan Pusat terkait.
2. Mekanisme Pencairan Dana BOK
- a. Kementerian Kesehatan melalui Ditjen Upaya Pelayanan Kesehatan menyalurkan dana BOK ke setiap provinsi melalui dana dekonsentrasi.
  - b. Tim Manajemen BOK Provinsi menyalurkan dana BOK ke puskesmas (paket sama).
  - c. Tim Manajemen BOK Provinsi menyalurkan dana BOK ke puskesmas yang telah dirumuskan oleh Kabupaten dan Kota (paket per Puskesmas bisa berbeda).

### 2.4.3 Mekanisme Pemanfaatan Dana

Melalui penetapan dana BOK, diharapkan kinerja Puskesmas menjadi lebih baik sehingga Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai indikator utama dalam mempercepat target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015. Agar pelaksanaan BOK berjalan efektif dan efisien, diperlukan petunjuk teknis yang dapat menjadi acuan bagi semua pihak terkait dalam melakukan peranan, tugas pokok dan fungsi (*tupoksi*).

Menurut buku petunjuk teknis (*juknis*) penggunaan BOK, dana tersebut bisa digunakan untuk pembiayaan berbagai jenis kegiatan puskesmas yang meliputi:

1. Pembayaran transport petugas puskesmas, pustu dan poskesdes
2. Pembayaran transport kader, duku, dan masyarakat yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan dan pertemuan manajemen
3. Operasional posyandu (*transport dan ATK*)
4. Operasional Poskesdes (*transport, ATK, fotokopi, rapat di desa/kelurahan*)
5. Pembelian bahan kontak
6. Penggandaan dan AT rapat dalam rangka Mini Lokakarya (*minlok*)
7. Pembelian konsumsi rapat dalam rangka minlok puskesmas
8. Pembelian bahan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) penyuluhan
9. Uang penginapan (*akomodasi*) dan uang harian, bila diperlukan sesuai aturan yang berlaku (*khusus untuk desa terpencil atau yang sulit dijangkau*)

Sedangkan dana BOK tersebut *tidak boleh* dipergunakan untuk keperluan:

1. Upaya pengobatan dan rehabilitasi
2. Penanganan unit gawat darurat (UGD)
3. Pelayanan rawat inap/perawatan
4. Pertolongan persalinan
5. Pembayaran gaji atau honorarium
6. Belanja barang / modal

7. Pemeliharaan gedung atau kendaraan
8. Operasional rutin kantor (listrik, air, ATK, fotokopi, tinta/*toner print*)
9. Pembelian obat, vaksin dan alat kebersihan.

Pemanfaatan dana BOK ini harus berkoordinasi dengan baik antara setiap kegiatan program puskesmas dan pertanggungjawaban melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, untuk langkah verifikasi data, jumlah anggaran dan mekanisme pelaporannya.

#### **2.4.4 Mekanisme Pelaporan Dana**

BOK diberikan kepada seluruh puskesmas dalam bentuk uang. Bantuan terdiri dari 2 macam paket, yakni berupa bantuan sebesar 100 juta Rupiah per tahun per puskesmas untuk 300 puskesmas terpilih, sedangkan sisa puskesmas yang ada di Indonesia diberikan sebesar 10 juta Rupiah per tahun per puskesmas.

Dengan memperhatikan banyaknya sumber dana yang masuk ke Puskesmas diharapkan tetap menganut azas transparansi dan akuntabilitas dari setiap sumber pembiayaan. Untuk menjamin akuntabilitas pemanfaatan dana BOK maka setiap Puskesmas mempunyai mekanisme pertanggungjawaban sebagai berikut:

- a. Menunjuk seorang Pegawai di Puskesmas tersebut sebagai penanggung jawab keuangan yang bertanggung jawab melakukan pembukuan keuangan Puskesmas.
- b. Dana yang telah ditransfer ke buku tabungan Puskesmas (termasuk buku tabungan) menjadi tanggung jawab penuh pimpinan Puskesmas tersebut, dan dipergunakan untuk pemenuhan kebutuhan pelayanan secara optimal.
- c. Setiap uang masuk dan keluar dari kas dicatat di buku catatan (buku kas) berikut bukti penggunaannya dan Pembukuan terbuka bagi pengawas intern dan extern setelah memperoleh ijin Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten atau Kota.
- d. Penerimaan dana atau pengelolaan dana program bertanggungjawab membuat dan mengirim laporan sesuai ketentuan
- e. Penerimaan dana atau pengelola dana program bertanggungjawab membuat dan mengirim laporan sesuai ketentuan.
- f. Para penerima dana harus memiliki buku kas umum dan dilengkapi dengan buku kas pembantu, jika diperlukan.

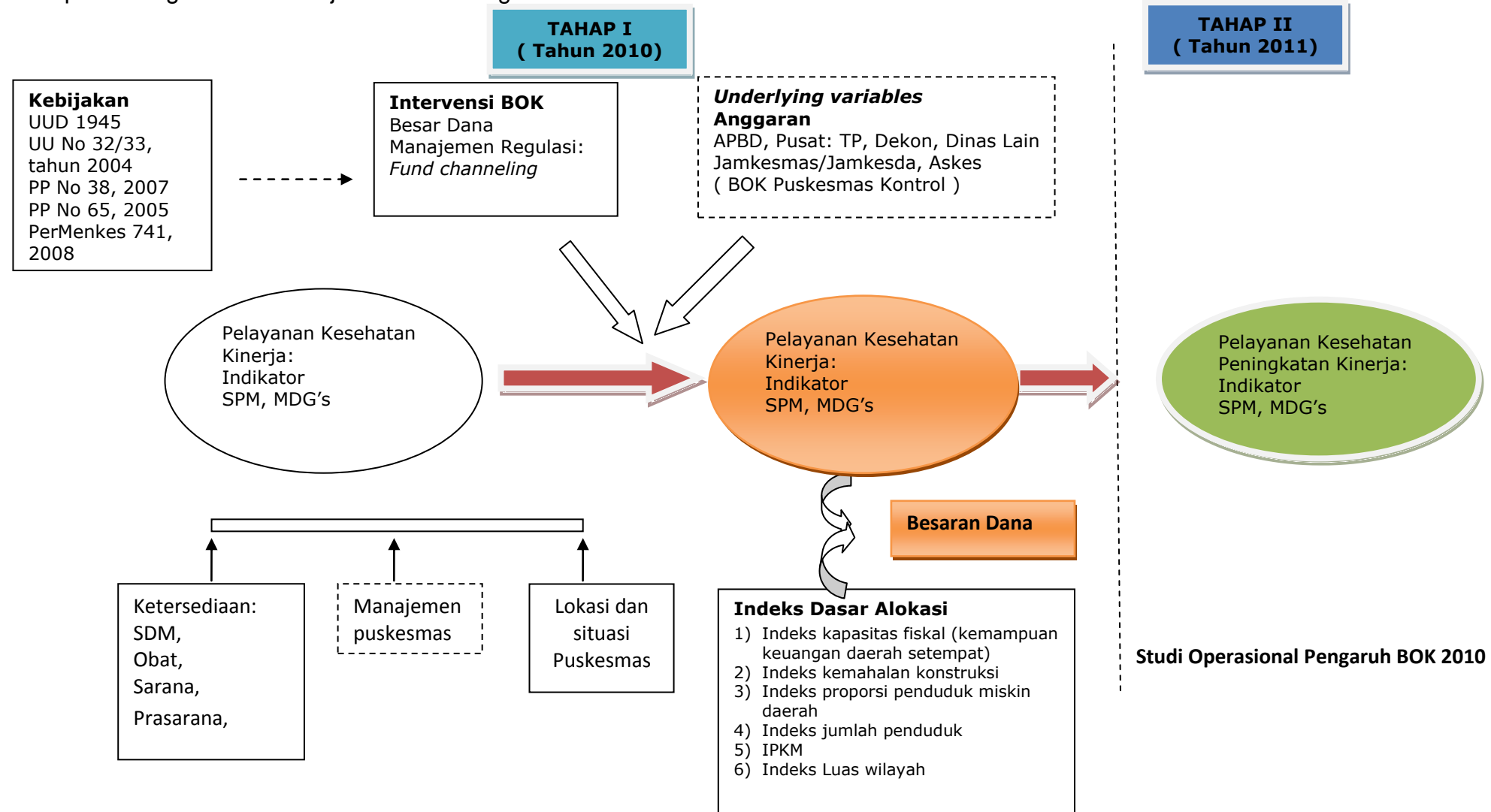
Sementara untuk pengawasan / monitoring pengelolaan dana berjenjang sebagai berikut:

- a. Di tingkat puskesmas pengawasan dilakukan oleh Badan Penyantun Puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- b. Di tingkat kabupaten pengawasan dilakukan oleh Bawasda, BPKP, BPK, Itjen Kementerian Kesehatan.
- c. Di tingkat provinsi pengawasan dilakukan oleh Bawasda, BPKP, BPK, Itken Kementerian Kesehatan.

## BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka Konsep Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas Dalam Pencapaian Target MDG's disajikan dalam gambar 3.1. berikut ini.



Gambar 3.1.  
Kerangka Konsep Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan Terhadap  
Peningkatan Kinerja Puskesmas Dalam Pencapaian Target MDG's

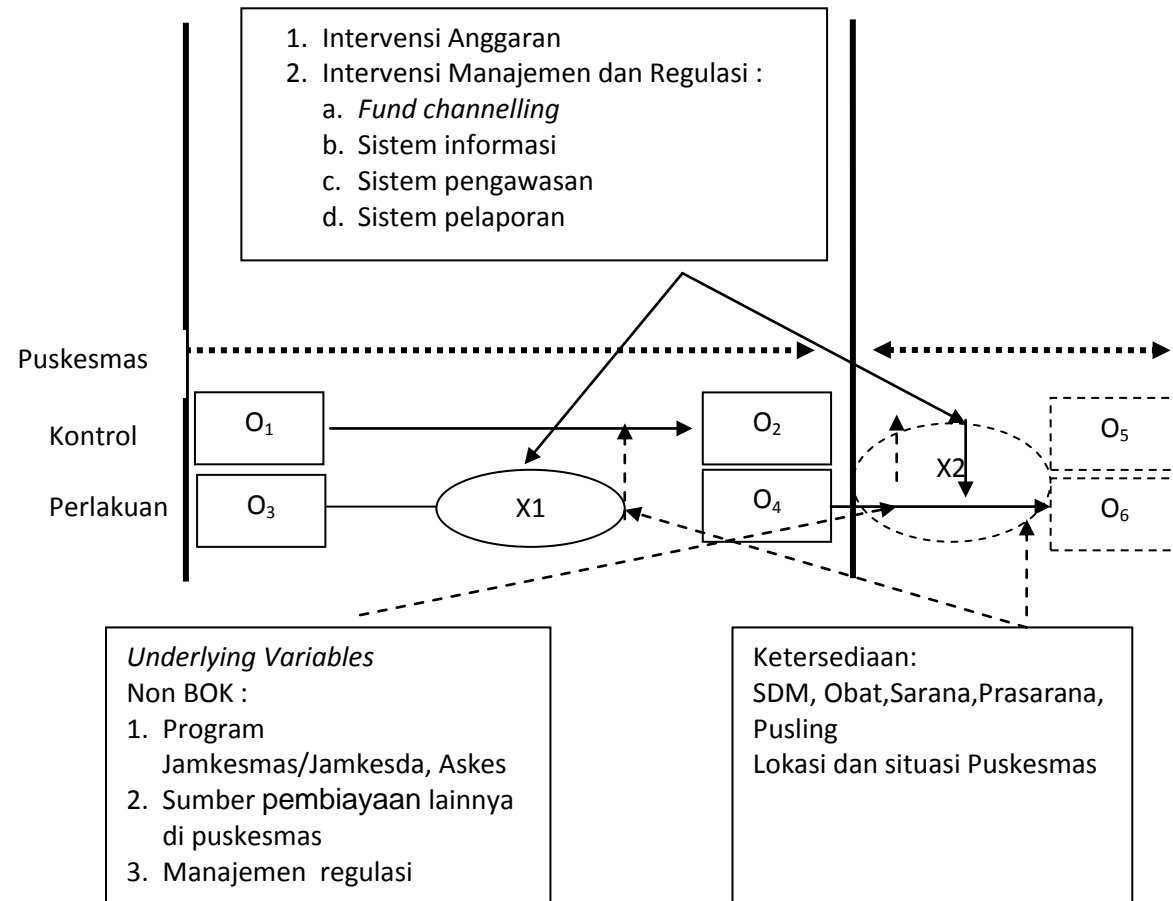
Perundangan-undangan yaitu Undang-Undang Dasar Tahun 1945, Undang-Undang No 32 dan 33 Tahun, Peraturan Pemerintah No 38 Tahun, Peraturan Pemerintah No 65 Tahun 2005, Peraturan Menteri Kesehatan No 741 Tahun 2008 merupakan dasar kebijakan intervensi pemberian Bantuan Operasional Puskesmas (BOK) dalam pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

Intervensi anggaran BOK dengan faktor penyerta anggaran lainnya yaitu yang berasal dari daerah: APBD, Pusat: Tugas Pembantuan, Dana Dekonsentrasi, Dana berasal dari Dinas lainnya, maupun adanya jaminan yaitu Jamkesmas/Jamkesda, Askes serta pemberian dana BOK Puskesmas Kontrol bersama dengan ketersediaan SDM, Obat, Sarana, Prasarana, Pusling dan karakteristik daerah mempengaruhi pelayanan kesehatan.

Intervensi dana BOK diharapkan dapat meningkatkan kinerja puskesmas meliputi indikator Standar Pelayanan Minimum (SPM) dalam program Promosi Kesehatan, Gizi, KB/KIA, Imunisasi dan pencapaian indikator MDG's dalam program Penanggulangan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan.

Disamping menentukan peningkatan kinerja puskesmas, dengan mempertimbangkan 6 (enam) **Indeks Dasar Alokasi** yaitu 1) Indeks kapasitas fiskal, 2) Indeks kemahalan konstruksi, 3) Indeks proporsi penduduk miskin daerah, 4) Indeks jumlah penduduk, 5) IPKM, 6) Indeks Luas wilayah, luaran studi ini dipergunakan untuk menentukan besaran anggaran di puskesmas.

### 3.2 Kerangka Operasional



Gambar 3.2  
Kerangka Konsep Pengaruh Bantuan Operasional Kesehatan terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Pencapaian Target MDGs

Keterangan:

\_\_\_\_\_ : intervensi BOK

----- : *underlying variables*, ketersediaan, lokasi dan situasi puskesmas

O<sub>1</sub> = Kinerja awal pada Puskesmas kontrol yang terdiri dari 21 indikator (sebelum dilakukan intervensi tahap 1)

O<sub>2</sub> = Kinerja akhir pada Puskesmas kontrol yang terdiri dari 21 indikator (setelah dilakukan intervensi tahap 1)

O<sub>3</sub> = Kinerja awal pada Puskesmas intervensi yang terdiri dari 21 indikator (sebelum dilakukan intervensi tahap 1)

O<sub>4</sub> = Kinerja akhir pada Puskesmas intervensi yang terdiri dari 21 indikator (setelah dilakukan intervensi tahap 1)

O<sub>5</sub> = Kinerja akhir pada Puskesmas kontrol setelah 1 tahun (setelah dilakukan intervensi tahap 2 tetapi tidak diamati dalam penelitian ini)

O<sub>6</sub> = Kinerja pada puskesmas intervensi setelah 1 tahun (setelah dilakukan intervensi tahap 2 tetapi tidak diamati dalam penelitian ini)

X = 6 kelompok kegiatan puskesmas yang diberikan intervensi (KIA-KB, imunisasi, gizi, penyehatan lingkungan, promosi kesehatan, pengendalian penyakit).

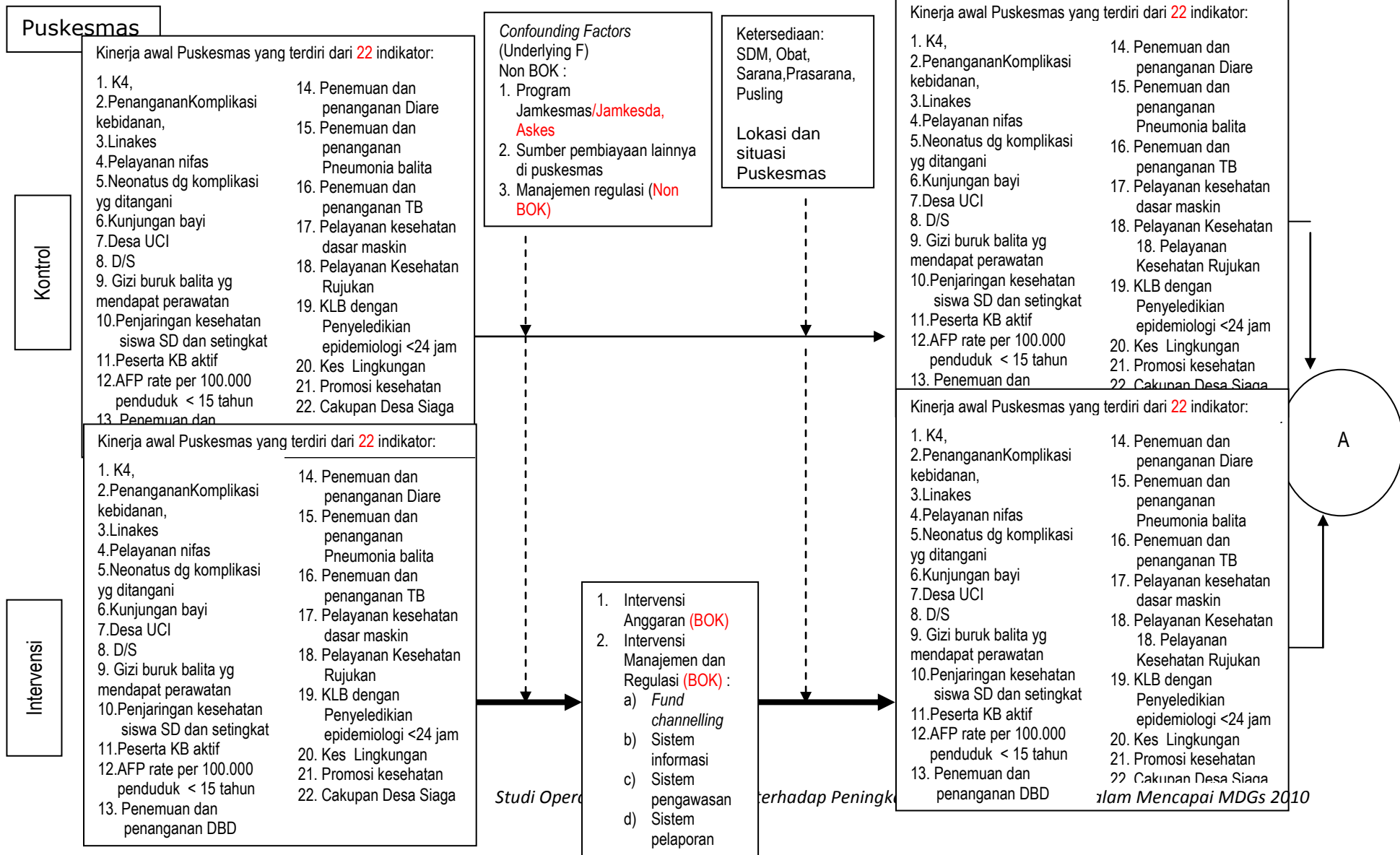
Berdasarkan tinjauan teoritis yang telah diuraikan pada Bab 2, dan kerangka konsep maka disusun kerangka operasional untuk penelitian ini. Menurut data IPKM hasil Riskesdas 2007, maka kategori puskesmas dibagi menjadi 2 kategori yaitu puskesmas intervensi dan puskesmas kontrol. Baik untuk Puskesmas intervensi maupun Puskesmas kontrol dilakukan pengukuran kinerja awal, yaitu berupa pencapaian kinerja puskesmas sebelum program BOK dijalankan yang terdiri dari 21 indikator (O<sub>1</sub> dan O<sub>3</sub>). Setelah dana BOK diluncurkan ke Puskesmas intervensi (X<sub>1</sub>), dilakukan kembali pengukuran kinerja Puskesmas paska intervensi (O<sub>2</sub> dan O<sub>4</sub>). Dengan membandingkan kinerja akhir (O<sub>2</sub> dan O<sub>4</sub>) dengan kinerja awal (O<sub>1</sub> dan O<sub>3</sub>) dapat dianalisis pengaruh BOK terhadap kinerja puskesmas dalam melaksanakan kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai SPM. Untuk memastikan bahwa perubahan kinerja yang terjadi merupakan dampak (pengaruh) dari program BOK, beberapa *underlying variables* yaitu manajemen regulasi dan program pembiayaan kesehatan lain bersumber non BOK serta ketersediaan SDM, obat dan perbekalan, sarana/prasarana dan lokasi/status puskesmas juga diukur.

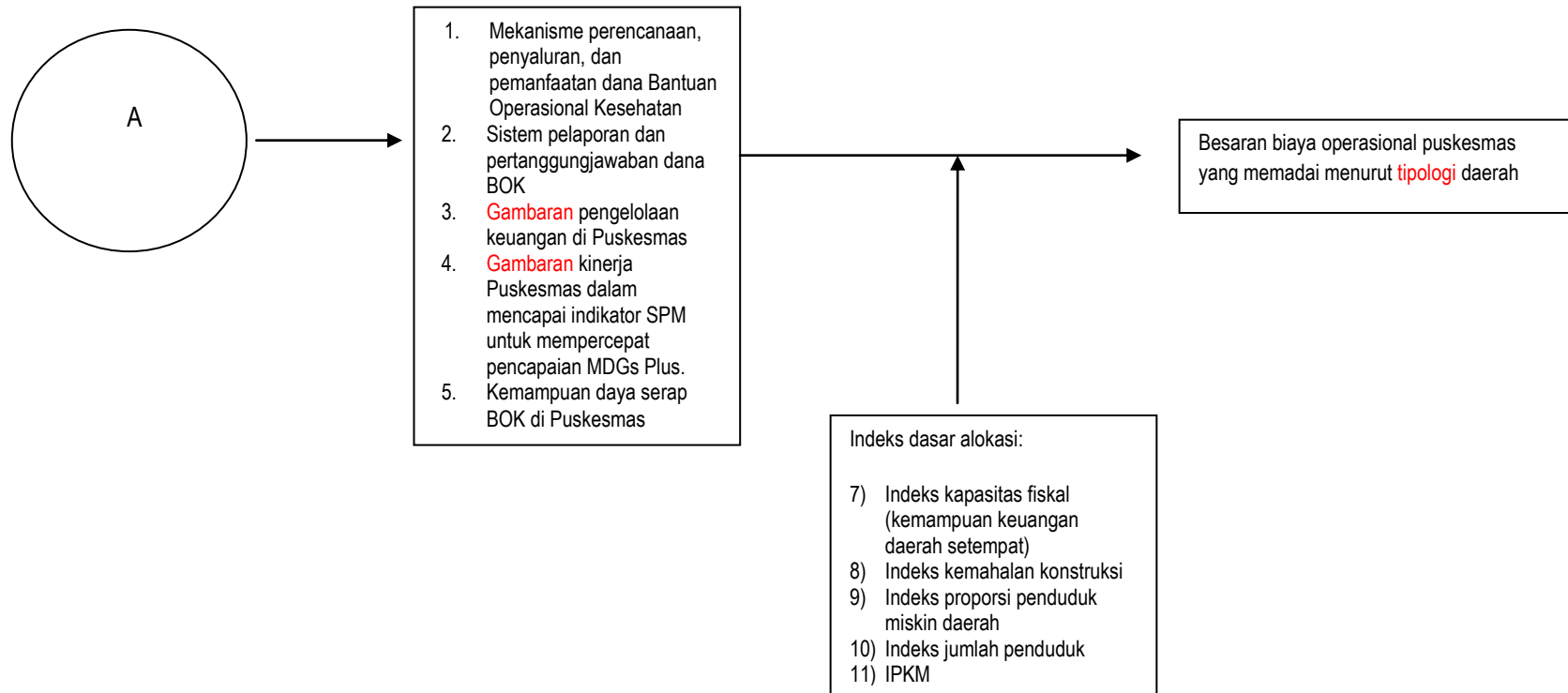
Disamping peningkatan pelayanan kesehatan, dari kinerja puskesmas dan dengan mempertimbangkan 6 (enam) **Indeks Dasar Alokasi** dapat dipergunakan untuk menentukan besaran anggaran di puskesmas.

Hasil analisis ini selanjutnya menjadi dasar untuk merancang model intervensi tahap 2 (X2). **Perbedaan** dengan intervensi tahap 1 (X1) adalah bahwa intervensi tahap 2 ini diberlakukan pada seluruh Puskesmas baik intervensi maupun kontrol. Berdasarkan intervensi tahap 2 inilah selanjutnya dilakukan kembali pengukuran pengaruh BOK terhadap peningkatan kinerja Puskesmas dengan membandingkan kinerja akhir (O5 dan O6) dengan kinerja awal (O2 dan O4).

Studi ini didesain dalam 2 tahap. Tahap pertama dilakukan sampai dengan pengukuran kinerja paska intervensi 1, selanjutnya pada tahap 2 dilakukan pengukuran kinerja paska intervensi 2.

### 3.3 Kerangka Operasional Tahap I Tahun 2010





Gambar 3.3. Kerangka Operasional Tahap I Tahun 2010

Indikator intervensi dana Bantuan Operasional Kesehatan dengan mempertimbangkan underlying variables, ketersediaan di puskesmas serta lokasi dan status puskesmas yaitu peningkatan 19 indikator Standar Pelayanan Minimum dan 2 indikator Millenium Development Goals (MDG's) masing-masing

1. K4,
2. Komplikasi kebidanan,
3. Linakes
4. Pelayanan nifas
5. Neonatus dg komplikasi yg ditangani
6. Kunjungan bayi
7. Desa UCI
8. Bayi yang ditimbang per jumlah semua bayi (D/S)
9. Gizi buruk balita yg mendapat perawatan
10. Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat
11. Peserta KB aktif
12. AFP rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
13. Penemuan dan penanganan DBD
14. Penemuan dan penanganan Diare
15. Penemuan dan penanganan Pneumonia balita
16. Penemuan dan penanganan TB
17. Penemuan dan penanganan HIV
18. Pelayanan kesehatan dasar masyarakat
19. Penyeledikian epidemiologi <24 jam, dan
20. Kesehatan lingkungan
21. Promosi kesehatan.

Sebenarnya sebagaimana tujuan 7 dari MDG's untuk penanggulangan HIV/AIDS, malaria an penyakit menular lainnya maka terdapat 4 indikator sebagai indikator SPM yang juga termasuk indikator SPM yaitu 1) Penemuan dan penanganan DBD, 2) Penemuan dan penanganan Diare, 3) Penemuan dan penanganan Pneumonia balita, 4) Penemuan dan penanganan TB..

Selain itu luaran intervensi dana BOK adalah besaran anggaran menurut tipologi daerah melalui proses pelaksanaan BOK di Puskesmas dengan mempertimbangkan 6 indeks dasar alokasi yaitu 1) Indeks kapasitas fiskal (kemampuan keuangan daerah setempat), 2) Indeks kemahalan konstruksi, 3) Indeks proporsi penduduk miskin daerah, 4) Indeks jumlah penduduk, 5) IPKM, 6) Indeks Luas wilayah.

### 3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel penelitian dalam kerangka operasional disusun definisi operasionalnya. Seluruh definisi operasional variable penelitian ditampilkan pada tabel 3.1. berikut ini.

Tabel 3.1. Variabel, Sub variabel, Definisi Operasional, dan cara pengukuran variabel

No	Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala
1.	Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)	BOK Intervensi BOK Kontrol	Jumlah uang yang diterima oleh Puskesmas yang diberikan khusus untuk operasional kesehatan dari Kementerian Kesehatan	Kuesioner	Kontinu
2.	Dana kesehatan lain	APBD BLN Sektor lain (Dinas-Dinas)	Jumlah uang yang diterima oleh Puskesmas yang diberikan dari berbagai sumber kecuali BOK, seperti dana rutin APBD Propinsi dan Kabupaten, bantuan luar negeri (BLN), sektor lain (Dinas Dikbud, Dinas Agama) dll.	Kuesioner	Kontinu

3.	Besarnya ketersediaan anggaran di Puskesmas dari berbagai sumber	BOK Intervensi BOK Kontrol APBD BLN Sektor lain (Dinas-Dinas)	Jumlah uang yang diterima oleh Puskesmas yang diberikan oleh BOK dan Dana lain sektor lain.	Kuesioner	Kontinu
4.	Ketersediaan anggaran kesehatan di wilayah setempat dari berbagai sumber		Jumlah uang yang digunakan untuk program kesehatan dari berbagai sumber, seperti dana rutin APBD, bantuan luar negeri (BLN), sektor lain (Dinas dikbud, Dinas agama) dll.		
5.	Sistem pengelolaan dana BOK	Perencanaan, Penggunaan, Pengawasan penggunaan dana BOK	Perencanaan dan penggunaan dana BOK oleh Puskesmas serta pengawasan penggunaan dana BOK oleh masyarakat dan LSM.	Kuesioner  (Lampiran POA Kegiatan Dana BOK)	Ada/Tidak:  Nominal
6.	Sistem pelaporan dan pertanggungjawaban dana BOK	Pelaporan, Pertanggungjawaban dana BOK	Pelaporan dan pertanggungjawaban dana BOK yang dilakukan oleh Puskesmas kepada Dinkes Kabupaten/Kota dan Kementerian Kesehatan.	Kuesioner  (Form pelaporan)	Ada/Tidak:  Nominal  Besarnya Dana:  kontinu

7.	<i>Fund Chanelling</i> BOK	Perencanaan, Penyaluran, Pemanfaatan, Pengawasan	Perencanaan, penyaluran, pemanfaatan dan pengawasan dana BOK	Kuesioner  (Lampiran POA Kegiatan Dana BOK, Form penyaluran dan Form pelaporan)	Ada/Tidak:  Nominal  Besarnya Dana:  kontinu
8.	Alokasi dana BOK ke Puskesmas	Besarnya Dana BOK	Jumlah uang yang diterima oleh Puskesmas yang diberikan khusus untuk operasional kesehatan dari Kementerian Kesehatan berdasarkan kebutuhan Puskesmas	Kuesioner	Besarnya Dana:  kontinu
9.	Kinerja Puskesmas dalam mencapai indikator SPM untuk mempercepat pencapaian MDG's plus (plus = pengendalian penyakit lokal yang bisa ditangani oleh pelayanan puskesmas)	Indikator SPM dan MDG's	Variabel-variabel SPM dan MDG's yang berkaitan dengan kinerja Puskesmas meliputi  SPM:  1) Kunjungan Ibu Hamil (K4) 2) Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani 3) Cakupan penolong persalinan tenaga terlatih 4) Cakupan pelayanan nifas 5) Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani 6) Cakupan kunjungan bayi 7) Cakupan desa/kelurahan	Kuesioner	Pencapaian:  kontinu

			<p>Universal Child Immunization (UCI)</p> <p>8) Cakupan anak balita</p> <p>9) <i>Cakupan MP ASI anak 6-24 bln keluarga miskin*</i></p> <p>10) Cakupan gizi buruk (balita) mendapatkan perawatan</p> <p>11) Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD &amp; setingkat</p> <p>12) Cakupan peserta KB aktif</p> <p>13) <i>Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk &lt; 15 tahun*</i></p> <p>14) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita DBD</p> <p>15) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita Diare</p> <p>16) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita pneumonia balita</p> <p>17) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita TB</p> <p>18) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita malaria</p> <p>19) Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin</p> <p>20) Cakupan desa/kelurahan</p>	
--	--	--	--	--

			<p>mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi &lt; 24 jam</p> <p>21) <i>Cakupan Desa Siaga Aktif*</i>)</p> <p>*) tidak diukur dalam penelitian ini</p> <p>MDG's:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sanitasi Lingkungan</li> <li>2) Promosi Kesehatan</li> <li>3) Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat</li> <li>4) PUSLING Integrasi</li> <li>5) Penyuluhan integrasi</li> </ol>		
10.	Lokasi dan Status Puskemas	Lokasi Puskesmas Status Puskesmas	<p>Gambaran kondisi umum Puskesmas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jenis Puskesmas: Perawatan dan Non Perawatan</li> <li>2) Jumlah TT</li> <li>3) Wilayah kerja Puskesmas: Perkotaan dan Pendesaan</li> <li>4) Kategori Puskesmas : PONEK dan PONEK</li> </ol>	Kuesioner	<p>Lokasi, jenis, wilayah, kategori puskesmas: nominal</p> <p>Jumlah TT: kontinu</p>
11.	Kondisi Demografi Puskesmas	Demografi,	Gambaran demografi di wilayah Puskesmas yang meliputi	Kuesioner	Jumlah penduduk: kontinu, kelompok umur: kategorik,

		Jumlah kunjungan, Cakupan jaminan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kondisi demografi: jumlah penduduk, komposisi penduduk berdasar kelompok umur dan jenis kelamin</li> <li>2) Jumlah kunjungan</li> <li>3) Cakupan Jaminan Kesehatan (Jamkesmas/Jamkesda, Askes, Jamsostek/Tanggung Perusahaan</li> </ol>		jenis kelamin: nominal, jumlah kunjungan: kontinu, cakupan jaminan: kontinu
12.	Kondisi Umum di Wilayah Puskesmas	Jumlah dan jenis fasilitas, Jumlah dan jenis tenaga, sarana transportasi rujukan	<p>Gambaran kondisi umum fasilitas dan tenaga kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas, yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jumlah dan jenis fasilitas kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas</li> <li>2) Jumlah dan jenis tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas</li> <li>3) Sarana transportasi untuk rujukan (pusling)</li> </ol>	Kuesioner	Jumlah fasilitas: kontinu, jenis: nominal.
13.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	Obat dan perbekalan, Peralatan puskesmas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketersediaan obat kesehatan di Puskesmas yang diukur secara kualitatif dengan kategori pengukuran ketersediaan: tidak ada, kurang, cukup dan berlebih</li> <li>2) Ketersediaan peralatan</li> </ol>	Kuesioner	Obat dan perbekalan: ordinal, peralatan: ordinal

			kehatan di Puskesmas yang diukur secara kualitatif dengan kategori pengukuran ketersediaan: tidak ada, ada tapi tidak berfungsi, ada 1 dan berfungsi serta ada lebih dari 1 dan berfungsi dengan baik		
14.	Pemanfaatan Dana Non BOK	<p>Dana non BOK:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Belanja pegawai</li> <li>2) Belanja bahan habis pakai</li> <li>3) Belanja bahan</li> <li>4) Belanja jasa kantor</li> <li>5) Belanja bahan cetak dan pengadaan</li> <li>6) Belanja penyelenggaraan</li> <li>7) Belanja perjalanan dinas</li> <li>8) Belanja modal</li> <li>9) Belanja lain-lain</li> </ol>	<p>Penggunaan dana non BOK berdasarkan sumber dana oleh Puskesmas dalam pelaksanaan program dan kegiatan yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Belanja pegawai</li> <li>2) Belanja bahan habis pakai</li> <li>3) Belanja bahan</li> <li>4) Belanja jasa kantor</li> <li>5) Belanja bahan cetak dan pengadaan</li> <li>6) Belanja penyelenggaraan</li> <li>7) Belanja perjalanan dinas</li> <li>8) Belanja modal</li> <li>9) Belanja lain-lain</li> </ol>	Kuesioner	Jumlah dana: kontinu
15.	Pemanfaatan Dana BOK	<p>Penggunaan Dana BOK:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Belanja pegawai</li> <li>2) Belanja bahan habis pakai</li> <li>3) Belanja bahan</li> <li>4) Belanja jasa kantor</li> <li>5) Belanja bahan cetak dan</li> </ol>	<p>Penggunaan dana BOK oleh Puskesmas dalam pelaksanaan program dan kegiatan yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Belanja pegawai</li> <li>2) Belanja bahan habis pakai</li> </ol>	Kuesioner	Jumlah dana: kontinu

		<p>pengadaan</p> <p>6) Belanja penyelenggaraan</p> <p>7) Belanja perjalanan dinas</p> <p>8) Belanja modal</p> <p>9) Belanja lain-lain</p>	<p>3) Belanja bahan</p> <p>4) Belanja jasa kantor</p> <p>5) Belanja bahan cetak dan pengadaan</p> <p>6) Belanja penyelenggaraan</p> <p>7) Belanja perjalanan dinas</p> <p>8) Belanja modal</p> <p>9) Belanja lain-lain</p>		
16.	Proses penyaluran dana BOK	<p>1) Proses pencairan uang muka</p> <p>2) Proses pencairan dana BOK</p> <p>3) Bunga dan sisa dana BOK di Puskesmas</p>	<p>Merupakan proses penyaluran dana BOK sampai di Puskesmas yang meliputi:</p> <p>1) Proses pencairan uang muka</p> <p>2) Proses pencairan dana BOK</p> <p>3) Bunga dan sisa dana BOK di Puskesmas</p>	Kuesioner	Ya/tidak: nominal

## BAB IV: METODE PENELITIAN

### 4.1 Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Quasi/ Field Experiment* dengan Pra – Pasca Intervensi dan Komparasi antara kabupaten intervensi dengan kabupaten kontrol dengan jenis penelitian menggunakan studi operasional (*Operational research*).

Studi operasional merupakan salah satu metode penelitian yang sifatnya dinamis, yaitu suatu proses penerapan analisis untuk memecahkan masalah operasional dengan identifikasi penyebab keberhasilan dan kegagalan kegiatan melalui pendekatan operasional. Penelitian operasional lebih ditujukan pada permasalahan yang timbul dari *supply* program bukan dari sisi *demand* (klien).

Intervensi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pemberian dana 100 juta rupiah tiap puskesmas pada 18 kabupaten. Puskesmas lain pada semua kabupaten di Indonesia, pada wilayah barat mendapat 18 juta dan wilayah timur mendapat 22 juta.

### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi penelitian BOK terbagi dalam 7 (tujuh) regional, yakni:

- 1) Jawa Bali
- 2) Sumatera
- 3) Sulawesi
- 4) Kalimantan
- 5) Nusa Tenggara
- 6) Maluku
- 7) Papua

Di masing-masing regional Kalimantan, Nusa Tenggara, Maluku, Papua terpilih tipe wilayah kabupaten sedangkan untuk regional Jawa Bali, Sumatra, Sulawesi terpilih tipe wilayah kota dan kabupaten. Daftar lengkap lokasi dapat dilihat pada tabel di bawah berikut ini:

Tabel.4.1.  
Daftar Kab/ Kota Studi menurut Daerah Kontrol dan Intervensi

No	Reg	Kab/ Kota Intervensi	No	Kab/ Kota kontrol
1	1	Kota Metro	19	Kota Jambi
2		Gayo Lues	20	Aceh Tenggara
3		Kota Pekan Baru	21	Kota Medan
4	2	Kota Yogyakarta	22	Kota Surakarta
5		Sampang	23	Sumenep
6		Gianyar	24	Tabanan
7	3	Lombok Timur	25	Sikka
8		Timor Tengah Selatan	26	Manggarai Barat
9		Rote Ndao	27	Alor
10	4	Kotawaringin Barat	28	Kutai Kartanegara
11		Sambas	29	Pontianak
12	5	Kota Palopo	30	Manado
13		Kota Gorontalo	31	Bau-bau
14		Mamuju	32	Jeneponto
15	6	Maluku Tengah	33	Maluku Tenggara
16		Halmahera Selatan	34	Seram Bagian Timur
17	7	Keerom	35	Merauke
18		Asmat	36	Yahukimo

#### Keterangan

Intervensi = dana BOK yang diterima puskesmas Rp.100.000.000,-

Kontrol = dana BOK yang diterima puskesmas Rp.18.000.0000,- wilayah barat atau Rp.22.000.000,- wilayah timur.

Pelaksanaan pengambilan dan pengumpulan data dilakukan serentak di 36 kabupaten/kota kontrol dan intervensi yang dimulai pada tanggal 20 Agustus hingga 4 September 2010 selama 13-15 hari.

### **4.3 Populasi dan Sampel**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi penelitian adalah seluruh Puskesmas di Indonesia

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel penelitian adalah seluruh puskesmas di kabupaten yang dipilih dengan kriteria tertentu. Agar tetap diperoleh variasi, maka provinsi yang dipilih diharapkan dapat mewakili variasi regional yang ada. Dengan demikian, pengambilan sampel dilakukan dengan urutan sebagai berikut :

1. Mewakili 7 regional yakni :

- Jawa Bali
- Sumatera
- Sulawesi
- Kalimantan
- Nusa Tenggara
- Maluku
- Papua.

2. Kabupaten / kota per regional:

- a. Di masing-masing regional Kalimantan, Nusa Tenggara, Maluku, Papua terpilih tipe wilayah kabupaten dan mempunyai keterwakilan IPKM tinggi dan rendah di masing-masing regional
- b. Di masing-masing regional Jawa Bali, Sumatera, Sulawesi terpilih tipe wilayah kota dan kabupaten dan mempunyai keterwakilan IPKM tinggi dan rendah di masing-masing regional

## 3. Puskesmas:

Seluruh Puskesmas dalam satu wilayah kabupaten terpilih, diambil sebagai studi.

Tabel.4.2. Rincian Kriteria Sampel didasarkan Regional dan Kabupaten

No	Reg	Kab/ Kota Intervensi	Model	IPKM	jumlah puskesmas	Kab/ Kota kontrol	IPKM	jumlah puskesmas
1	1	Kota Metro	II	0.56207	10	Kota Jambi	0.54963	20
2		Gayo Lues	II	0.20219	12	Aceh Tenggara	0.30296	17
3		Kota Pekanbaru	I	0.479	15	Kota Medan	0.52764	39
4	2	Kota Yogyakarta	I	0.57287	18	Kota Surakarta	0.52657	15
5		Sampang	II	0.27273	20	Sumenep	0.33527	29
6		Gianyar	II	0.59400	13	Tabanan	0.56059	20
7	3	Lombok Timur	I	0.41166	29	Sikka	0.44157	17
8		Timor Tengah Selatan	II	0.30855	25	Manggarai Barat	0.27399	12
9		Rote Ndao	I	0.3253	12	Alor	0.31949	20
10	4	Kotawaringin Barat	I	0.46036	14	Kutai Kartanegara	0.44834	28
11		Sambas	II	0.42957	25	Pontianak	0.42956	14
12	5	Kota Palopo	II	0.54022	9	Manado	0.50139	15
13		Kota Gorontalo	I	0.44087	7	Bau-bau	0.44744	13
14		Mamuju	I	0.28400	25	Jeneponto	0.29707	17
15	6	Maluku Tengah	I	0.42331	31	Maluku Tenggara	0.41953	12
16		Halmahera Selatan	II	0.31532	30	Seram Bagian Timur	0.21510	5
17	7	Keerom	I	0.49156	8	Merauke	0.46827	12
18		Asmat	II	0.20790	9	Yahukimo	0.19729	12
		<b>Jumlah</b>			<b>312</b>			<b>317</b>

Keterangan:

Model I = dana diberikan langsung ke Puskesmas

Model II = dana diberikan dengan realokasi oleh dinas kesehatan kab/kota

#### **4.4 Metode Pengambilan Data**

##### **4.4.1 Jenis dan Sumber Data**

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang berupa data rutin Puskesmas. Pada penelitian ini dimaksudkan untuk mengumpulkan 2 jenis data, yaitu:

- 1) Data kuantitatif, yakni diambil dari pelaporan data Puskesmas menggunakan instrumen terstruktur. Data yang dikumpulkan adalah laporan kegiatan bulanan Puskesmas dari bulan Januari sampai dengan Desember 2009 dan Januari sampai dengan Bulan Oktober 2010.
- 2) Data kualitatif<sup>1</sup>, akan diambil dengan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) dan *indepth interview* terhadap beberapa orang atau *group* yang berkaitan dengan penelitian.

Wawancara pada penelitian kualitatif merupakan pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa pertanyaan informal. Wawancara penelitian lebih dari sekedar percakapan dan berkisar dari informal ke formal. Peneliti harus memutuskan besarnya struktur dalam wawancara. Struktur wawancara dapat berada pada rentang tidak berstruktur sampai berstruktur. Penelitian kualitatif umumnya menggunakan wawancara tidak berstruktur atau semi berstruktur (Holloway & Wheeler, 1996). Field & Morse (1985 dalam Holloway & Wheeler, 1996) menyarankan bahwa wawancara harus selesai dalam satu jam. Disusun protokol wawancara, panjangnya kurang lebih empat sampai lima halaman dengan kira-kira lima pertanyaan terbuka dan sediakan ruang yang cukup di antara pertanyaan untuk mencatat respon terhadap komentar partisipan (Creswell, 1998).

---

<sup>1</sup> Pada Penelitian Studi BOK ini, pengambilan data kualitatif dilakukan dan dilaporkan oleh tim lain dimana pelaksanaannya dilakukan Bulan November 2010.

#### **4.4.2 Instrumen Penelitian**

Instrumen diperlukan untuk memperoleh data dan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian BOK ini. Instrumen yang digunakan untuk mendapatkan data di lapangan dengan menggunakan kuesioner.

##### **4.4.2.1 Validasi Instrumen**

Sebuah instrumen studi dikatakan berkualitas baik jika sudah melewati pengujian uji validitas dan reabilitas. Dengan demikian, instrumen tersebut mampu menghasilkan informasi yang didukung dengan pertanyaan-pertanyaan yang relevan. Pada penelitian BOK ini, ada beberapa tahapan yang dilakukan untuk mendapatkan instrumen yang valid dan realibel tersebut. Tahapan-tahapan tersebut dimaksudkan untuk mendapatkan kuesioner yang sempurna baik secara format, sistematika, serta isi kuesioner.

Tahapan kuesioner tersebut meliputi:

1. Pengembangan kuesioner

Kuesioner disusun dan dikembangkan dengan mengadopsi dari indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM). Dalam proses pengembangannya, untuk mendapatkan bentuk dan isi yang sempurna, kuesioner mengalami beberapa kali perubahan dan perombakan baik format, struktur maupun kontennya.

2. Uji coba kuesioner

Sebelum dipergunakan dalam penelitian, maka terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner di lapangan. Uji coba dilakukan 2 (dua) kali yakni di Kota Bogor dan Kabupaten Sukabumi. Dari hasil uji coba tersebut didapatkan masukan-masukan berharga dalam penyesuaian kuesioner ke dalam bentuk yang lebih sempurna baik secara format, konten dan strukturisasinya.

3. Pertemuan pakar

Hasil uji coba di lapangan dilanjutkan dengan finalisasi kuesioner dengan mengundang para pakar di bidang kesehatan masyarakat dari Univeristas Indonesia, Universitas Gadjah Mada dan Universitas Airlangga.

##### **4.4.2.2 Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian ini, ada beberapa instrumen yang dipergunakan, yakni:

- a. Tingkat Kabupaten

1. Dinas Kesehatan :
  - a. Kuantitatif :
    - Kuesioner terstruktur
  - b. Kualitatif
    - Pedoman wawancara mendalam, kepada : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.
    - Pedoman FGD, kepada : Kepala Bagian dan Kepala Subdinas di lingkungan Dinas Kesehatan
2. Bappeda :
  - a. Kuantitatif :
    - Pedoman FGD, kepada : Kepala Bagian dan Kepala Subdinas di lingkungan Bappeda.
- b. Tingkat Kecamatan
  1. Puskesmas :
    - a. Kuantitatif :
      - Kuesioner terstruktur
    - b. Kualitatif :
      - Pedoman wawancara mendalam, kepada : Kepala Puskesmas.
      - Pedoman FGD, kepada : Penanggung Jawab Administrasi (bagian TU) dan Keuangan BOK, Penanggung Jawab/pengelola program P2M dan KIA/KB, bidan desa.
      - Pedoman FGD, kepada : NGO, Tim Kesehatan Desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, Dewan penyantun puskesmas (kalau ada)
  2. Kantor Camat
    - a. Kualitatif :
      - Pedoman wawancara mendalam Camat
  3. Masyarakat
    - a. Kualitatif:
      - Pedoman wawancara mendalam ke masyarakat

### 4.4.3 Cara Pengumpulan Data

#### 1. Data Kuantitatif

Pengumpulan data kuantitatif dalam studi ini menggunakan data sekunder berupa data-data rutin Puskesmas.

Untuk data puskesmas tahun 2009 dikumpulkan informasi mengenai cakupan dan pembiayaan puskesmas dengan dana non BOK. Sedangkan data 2010 dikumpulkan data cakupan, pembiayaan puskesmas untuk dana BOK dan dana non BOK.

- 1) Pengambilan data pada puskesmas yang diberikan dana BOK sebesar 100 juta/tahun dilakukan sebanyak 2 kali dengan pertimbangan:
  - a. Dana BOK diberikan dalam 2 tahap.
  - b. Diasumsikan Puskesmas dapat melakukan kegiatan lebih banyak dibandingkan Puskesmas yang mendapatkan dana 18 juta/tahun atau 22 juta/tahun.
- 2) Pengambilan data pada puskesmas yang mendapatkan dana 18 juta/tahun atau 22 juta/tahun dilakukan pengumpulan data sebanyak 2 kali yang waktunya bersamaan dengan kunjungan pertama dan ketiga pada Puskesmas yang diberikan dana BOK sebesar 100 juta/tahun dengan pertimbangan:
  - a. Dana BOK diberikan dalam 1 tahap saja.
  - b. Diasumsikan Puskesmas dapat melakukan kegiatan lebih sedikit dibandingkan Puskesmas yang mendapatkan dana 100 juta/tahun

#### 2. Data Kualitatif

Pengambilan data kualitatif, dilakukan dengan menggunakan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dan *indepth interview* terhadap beberapa orang atau *group* yang berkaitan dengan penelitian, yakni dilakukan di:

- a. Tingkat Kabupaten
  - 1) Dinas Kesehatan :
    - Pedoman wawancara mendalam, kepada : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.
    - Pedoman FGD, kepada : Kepala Bagian dan Kepala Subdinas di lingkungan Dinas Kesehatan
  - 2) Bappeda :
    - Pedoman wawancara mendalam, kepada : Kepala Bappeda
- b. Tingkat Kecamatan
  - 1) Puskesmas :
    - Pedoman wawancara mendalam, kepada : Kepala Puskesmas.

- Pedoman FGD, kepada : Penanggung Jawab Administrasi (bagian TU) dan Keuangan BOK, Penanggung Jawab/pengelola program P2M dan KIA/KB, bidan desa.
  - Pedoman FGD, kepada : NGO, Tim Kesehatan Desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, Dewan penyantun puskesmas (kalau ada)
- 2) Kantor Camat
- Pedoman wawancara mendalam Camat

## 4.5 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.5.1 Pengolahan Data

Sebelum pengolahan data, dilakukan pemeriksaan identitas dan pemeriksaan kelengkapan isian kuesioner di lapangan. Ada beberapa tahapan pengolahan data yakni *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning data*.

#### 1. **Editing.**

Proses *editing* dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas data, menghilangkan kerancuan, serta menjaga konsistensi data yang diperoleh. Editing mulai dilakukan oleh pewawancara dan supervisor semenjak data diperoleh di lapangan dan sekaligus mengkonfirmasi langsung ke petugas puskesmas yang bersangkutan.

#### 2. **Coding.**

*Coding* merupakan kegiatan merubah data dari bentuk huruf (kata-kata) menjadi bentuk angka/bilangan. Hal ini dilakukan untuk mempermudah identifikasi dan pemrosesan data.

#### 3. **Entry Data.**

Kuesioner yang telah diedit dan diberi kode numerik, selanjutnya diolah (dientri) untuk menjadi data elektronik yang akan menjadi database. Entry data kinerja dilakukan oleh enumerator di bawah pengawasan supervisor, sedang entry data keuangan dilakukan langsung oleh pusat.

#### 4. **Cleaning.**

Setelah *entry* data selesai dilakukan, maka hasilnya di check kembali untuk menghindari adanya kesalahan entry dengan menggunakan program yang sesuai. *Cleaning* terhadap data hasil *entry* dimaksudkan untuk menjamin validitas data. Selain itu, *cleaning* dilakukan pula untuk mengecek kelengkapan isian data. Jika ditemukan ada variabel yang data bulannya yang *missing*, maka dilakukan inputasi menggunakan nilai rata-rata, dengan prosedur sebagai berikut:

- Mengidentifikasi data bulanan puskesmas
- Apabila ditemukan data *missing* lebih dari 40% total bulan (12 bulan), maka data puskesmas tersebut tidak diinputasi (tidak ikut dianalisis)
- Jika data *missing*  $\leq$  40% total bulan (12 bulan), dilakukan *TREAT MEAN* (mengisi data *missing* dengan nilai rata-rata).

Tujuan *cleaning* berikutnya untuk menjamin rasional data, dilakukan pemeriksaan hasil perhitungan kinerja SPM dan MDG's. Jika ditemukan hasil cakupan program tidak rasional ( $>100\%$ ), maka data tersebut juga akan di drop (tidak dianalisis). Tetapi perlakuan ini tidak berlaku untuk variabel cakupan pemeriksaan rumah sehat, dengan asumsi data yang ada di masyarakat menunjukkan bahwa untuk satu rumah seringkali dihuni oleh beberapa rumah tangga, sehingga jumlah numerator dapat lebih tinggi dari denominator.

#### 4.5.2 Analisis

Analisis bertujuan untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai biaya operasional Puskesmas, mekanisme dana BOK, serta pengaruh BOK terhadap kinerja Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai SPM guna percepatan pencapaian target MDGs plus. Analisis dilakukan dengan membandingkan antar regional.

Cakupan pelayanan Puskesmas yang dikumpulkan sebagai data kinerja dalam penelitian ini meliputi indikator SPM dan MDGs. Data kinerja yang digunakan sebagai dasar pertimbangan untuk merancang besaran dana yang dibutuhkan di masing-masing regional menggunakan 2 skenario, yaitu:

1. Berdasarkan 4 indikator milestone yang diasumsikan dapat menggambarkan kinerja Puskesmas secara keseluruhan yaitu: pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, jumlah akseptor KB aktif, penimbangan Balita di Posyandu dengan indikator D/S dan proporsi desa yang mencapai UCI.

Untuk mendapatkan pengeluaran biaya operasional yang ideal, dilakukan terhadap target cakupan masing-masing indikator tersebut secara nasional.

Tabel.4.3.  
Indikator SPM dalam pencapaian Target Nasional

No.	Indikator SPM	Target Nasional
1.	Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan	100%
2.	Peserta KB Aktif	70%
3.	Indikator D/S	80%
4.	Desa UCI	85%

2. Berdasarkan 19 indikator SPM dan MDG's.

Indikator SPM dan MDG's yang dimaksud meliputi:

- 1) Kunjungan Ibu Hamil (K4)
- 2) Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani
- 3) Cakupan penolong persalinan tenaga terlatih
- 4) Cakupan pelayanan nifas
- 5) Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani
- 6) Cakupan kunjungan bayi
- 7) Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)
- 8) Cakupan anak balita (dalam hal ini D/S)
- 9) Cakupan pemberian MP-ASI
- 10) Cakupan gizi buruk (balita) mendapatkan perawatan
- 11) Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD & setingkat
- 12) Cakupan peserta KB aktif
- 13) Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
- 14) Cakupan Penemuan dan penanganan penderitanya pneumonia balita
- 15) Cakupan Penemuan dan penanganan penderitanya TB

- 16) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita DBD
- 17) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita diare
- 18) Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin
- 19) Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masyarakat Miskin
- 20) KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi
- 21) Cakupan desa siaga aktif

Berdasarkan nilai capaian diakhir tahun 2009 dari masing-masing indikator tersebut, dilakukan perhitungan rata-rata per regional (Sumatera, Jawa-Bali, Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua).

Perhitungan kebutuhan biaya operasional BOK dilakukan berdasarkan pengeluaran Puskesmas tahun 2009. Pengeluaran yang dihitung terdiri dari: belanja modal, belanja barang dan jasa, dan belanja pegawai non gaji (insentif, honor, dll). Data yang dikumpulkan adalah seluruh pengeluaran Puskesmas per bulan mulai Januari – Desember 2009. Pengeluaran belanja modal adalah pengeluaran Puskesmas untuk pembangunan fisik dan rehabilitasi bangunan (minor), belanja barang dan jasa antara lain belanja transport, pertemuan (minilokakarya, rapat lintas program, dll) dan belanja habis pakai medis.

Seluruh pengeluaran Puskesmas ini direkap yang kemudian diberi nama variabel **pengeluaran biaya total per Puskesmas**. Jumlah ini merupakan pengeluaran Puskesmas untuk mencapai cakupan yang diperoleh Puskesmas sampai akhir tahun 2009.

Adapun rumus yang dipergunakan dalam perhitungan **pengeluaran biaya total ideal** (yang dibutuhkan oleh Puskesmas untuk mencapai target Nasional per regional) ini adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Target Nasional}}{\text{Jumlah Capaian 4 indikator per Regional}} \times \text{Pengeluaran biaya total per Puskesmas per Regional}$$

Untuk mengestimasi **margin biaya total per Puskesmas** yang memerlukan bantuan diluar APBD adalah :

$$\text{Pengeluaran Biaya Total Ideal} - \text{Pengeluaran Biaya Total per Puskesmas}$$

Perhitungan **biaya operasional langsung per Puskesmas** dihitung dengan rumus =

**pengurangan biaya total per Puskesmas - belanja modal per Puskemas**

Adapun rumus yang dipergunakan dalam perhitungan **pengeluaran biaya operasioan ideal** (biaya operasional yang dibutuhkan Puskesmas untuk mencapai target Nasional per regional) ini adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah Target Nasional}}{\text{Jumlah Capaian 4 indikator per Regional}} \times \text{biaya operasional langsung per Puskesmas per regional}$$

Untuk mengestimasi **margin biaya operasioan per Puskesmas** yang memerlukan bantuan diluar APBD adalah :

**= Pengeluaran Biaya Operasional Ideal – Pengeluaran Biaya Operasional per Puskesmas**

Perhitungan kebutuhan biaya operasional per regional dilakukan dengan rumus:

**= Margin biaya operasioan per Puskesmas x Jumlah Puskesmas per regional**

Untuk membagi jumlah dana yang ditemukan dari hasil estimasi per regional kepada setiap kabupaten / kota dihitung berdasarkan 6 indikator yang membentuk tipologi daerah yaitu :

- 1) **Indeks kapasitas fiskal** adalah gambaran kemampuan keuangan daerah yang dicerminkan melalui pendapat asli daerah (tidak termasuk Dana Alokasi Khusus, Dana Pinjaman Lama dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu) dikurangi dengan belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin.
- 2) **Indeks kemahalan konstruksi** adalah perbandingan tingkat kemahalan konstruksi (TKK) suatu kabupaten/kota atau propinsi terhadap tingkat kemahalan konstruksi (TKK) kabupaten/kota atau propinsi lain
- 3) **Indeks proporsi penduduk miskin daerah**
- 4) **Indeks jumlah penduduk** adalah proporsi jumlah penduduk dibagi dengan jumlah penduduk terbesar pada wilayah tertentu
- 5) **Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)**
- 6) **Indeks Luas wilayah** adalah proporsi luas wilayah dibagi dengan luas wilayah pada wilayah tertentu

Formula masing-masing indeks tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4. Formula Indeks Indikator

Indikator	Cara penghitungan
Indeks kapasitas fiskal (kemampuan keuangan daerah setempat *)	$\frac{(PAD + BH + DAU + LP) - BP}{\text{Jumlah penduduk miskin}}$
Indeks kemahalan konstruksi	Perbandingan tingkat kemahalan konstruksi (TKK) suatu kabupaten/kota atau propinsi terhadap tingkat kemahalan konstruksi (TKK) kabupaten/kota atau propinsi lain
Indeks proporsi penduduk miskin daerah	$\frac{\text{Jumlah penduduk miskin Daerah}}{\text{Rata-rata Jumlah Penduduk Miskin Daerah}}$
Indeks jumlah penduduk	$\frac{\text{Jumlah penduduk di suatu daerah}}{\text{jumlah penduduk terbesar}}$
Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) *)	
Indeks luas wilayah	$\frac{\text{Luas wilayah di suatu daerah}}{\text{luas wilayah terbesar}}$

Ket: PAD = Pendapatan Asli Daerah

BH = Bagi Hasil Pajak dan Bagi Hasil Bukan Pajak (Sumber Daya Alam)

DAU = Dana Alokasi Umum

LP = lain-lain pendapatan daerah yang sah kecuali dana alokasi khusus, dana darurat, dana pinjaman dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi

BP = Belanja Pegawai

Jumlah penduduk miskin = Jumlah penduduk miskin berdasarkan data BPS Pusat tahun terakhir.

\*) Khusus untuk indeks kapasitas fiskal dan IPKM perhitungannya menggunakan 1 – Indeks.

Aplikasi indeks ini diberlakukan secara berbeda, oleh karena setiap indeks ada yang memberi nilai negatif dan positif terhadap jumlah anggaran yang diberikan kepada kabupaten/kota. Indeks yang memberi pengaruh negatif terhadap jumlah anggaran adalah :

- 1) Indeks Kapasitas fiskal (semakin besar kapasitas fiskal semakin kecil anggaran akan diberikan)
- 2) IPKM (semakin besar IPKM semakin kecil anggaran akan diberikan)

Sedangkan 4 indikator yang lain memberikan pengaruh positif terhadap jumlah anggaran yang dialokasikan kepada kabupaten/kota yaitu :

- 1) Indeks kemahalan konstruksi (Semakin mahal maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- 2) Indeks Proporsi penduduk miskin daerah (Semakin banyak proporsi penduduk miskin maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- 3) Indeks Jumlah penduduk (Semakin banyak jumlah penduduk maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- 4) Indeks Luas wilayah (Semakin luas wilayah suatu daerah maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)

Perhitungan kedua indeks tsb (IPKM dan Kapasitas Fiskal) =

1 – Indeks

Pada saat perhitungan regresi ganda, dari 6 indeks tersebut dengan *dependent variable* adalah anggaran didapatkan ada 2 indeks yang tidak signifikan, yaitu IPKM dan indeks luas wilayah ( $p > 0,05$ ). Karena anggaran diukur berdasarkan data tahun 2009, sedangkan IPKM diukur tahun 2010, sehingga belum bisa dipakai sebagai dasar penghitungan anggaran. Luas wilayah dan IPKM tidak signifikan, kemungkinan karena selama ini kedua variabel tersebut tidak diperhatikan dalam pengalokasian dana APBD II.

Berdasarkan hasil analisis regresi linier ganda diperoleh  $R^2 = 62,5\%$  artinya variasi keempat variabel tersebut dapat menjelaskan variasi anggaran sebesar 62,5%, selebihnya 37,5% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam survey BOK.

Besar kontribusi masing masing variabel yang signifikan dilihat dari koefisien parsial dengan hasil sebagai berikut :

Tabel.4.5.  
Besar kontribusi dan bobot variabel

No	Variabel	Kontribusi	Bobot
1	Indeks fiscal	42,38%	36,37
2	Jumlah penduduk	41,47%	35,58
3	Luas wilayah	1,34%	1,15
4	IPKM	1,25%	1,07
5	IPPMD	13,03%	11,18
6	IKK	17,06%	14,64

Oleh karena 2 indeks IPKM dan luas wilayah tidak signifikan namun secara substansi dianggap penting, maka dalam perhitungan ini kedua indeks tersebut diberi bobot 37,5% dan dianggap sebagai variabel yang tidak diteliti. Maka besar bobot masing masing variabel menjadi:

Tabel.4.6.  
Besar kontribusi dan bobot variabel

No	Variabel	kontribusi	Bobot
1	Indeks fiscal	50,13%	0,2350
2	Jumlah penduduk	43,82%	0,2050
3	IPPMD	15,52%	0,0730
4	IKK	23,81%	0,1120
5	Luas wilayah		0,1940
6	IPKM		0,1810

Nilai indeks tersebut dijadikan sebagai data dasar untuk dilakukannya regresi linier ganda, sehingga diperoleh persamaan regresi linear ganda yang digunakan untuk menghitung besaran biaya operasional yang sesuai dengan tipologi daerah.

Untuk pengalokasian anggaran di masing masing regional, agar variasi anggaran tidak terlalu lebar, maka data pencilan (outlier) atas di kabupaten Kutai Kartanegara dan data pencilan bawah kota Manado dikeluarkan.

#### 4.6 Keterbatasan Penelitian

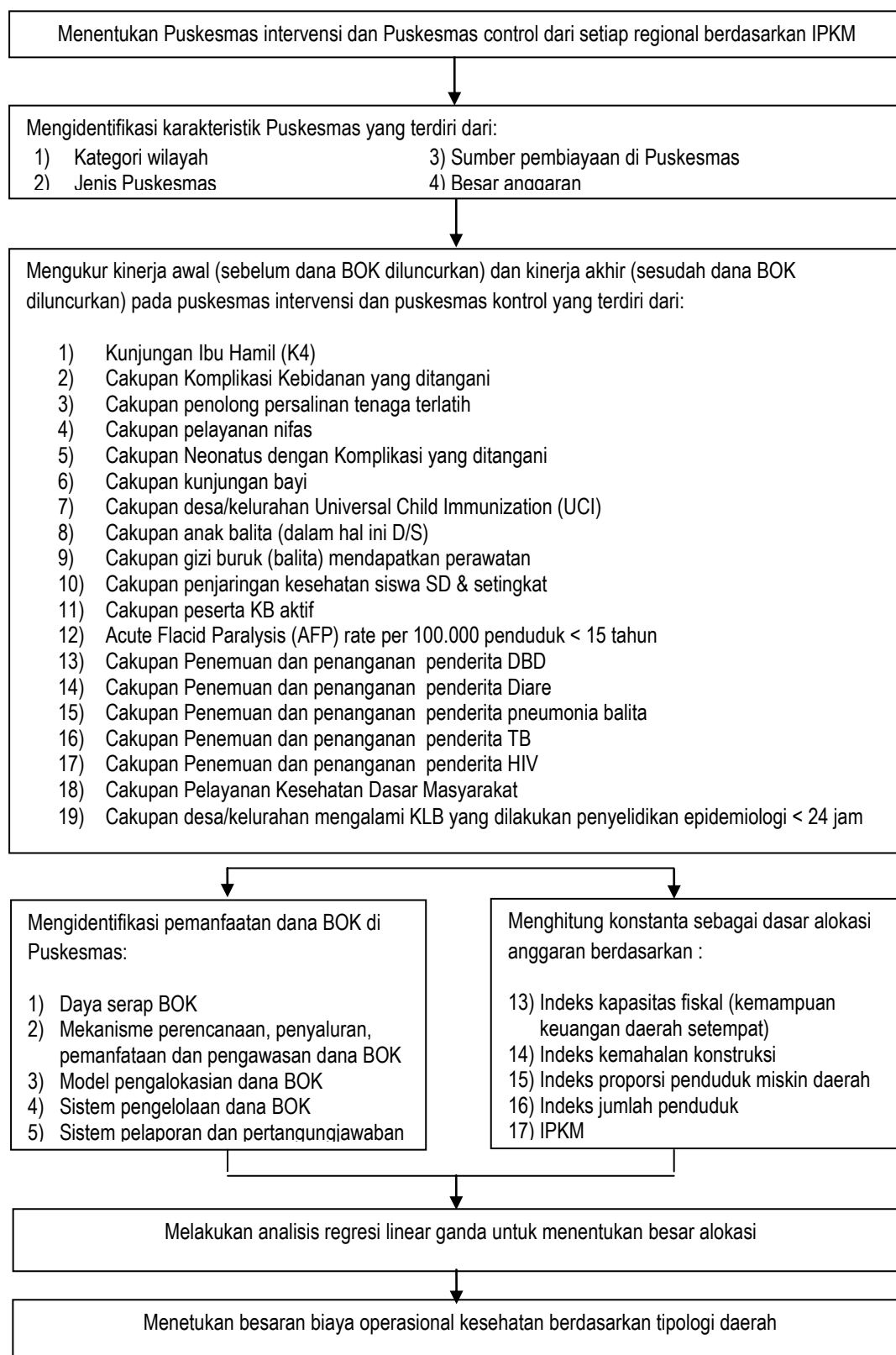
Data yang digunakan adalah *historical budget* yaitu, pengeluaran puskesmas dari anggaran pemerintah daerah dan sumber lainnya pada tahun 2009. Gambaran anggaran tahun 2009 ini belum dilakukan estimasi biaya riil, tapi sangat tergantung pada tata cara daerah dalam menggunakan anggaran. Hal ini mempengaruhi hasil penelitian yang dapat berupa inefisiensi anggaran yang tidak terkontrol di suatu tempat ataupun efisiensi di tempat yang lain yang keduanya tidak dapat digambarkan dalam penelitian ini. Dengan gambaran *historical budget* ini, apabila dikaitkan dengan cakupan pada setiap wilayah tersebut, mempunyai probabilitas ketidak seimbangan yang cukup besar. Dengan keterbatasan ini diharapkan dapat dilakukan penyempurnaan dalam bentuk *costing study* dengan menggunakan indikator SPM dimasing-masing wilayah berdasarkan standar prosedur setiap program secara benar (mengacu pada Kepmenkes 828/2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota)

Keterbatasan dalam penelitian BOK 2010 mencakup beberapa permasalahan, yakni:

1. Wilayah Studi BOK 2010 hanya dilakukan di seluruh puskesmas di 36 kabupaten di Indonesia
2. Belum semua daerah kabupaten/kota baik itu daerah intervensi dan kontrol dapat memaksimalkan dana BOK secara efektif dan efisien.
3. Terbatasnya waktu antara proses sosialisasi program BOK di daerah dengan proses implementasi BOK di puskesmas sehingga akibatnya dana serapan dan program tidak berjalan maksimal.
4. Terbatasnya mekanisme turunnya dana BOK dan pengambilan data pada studi.

## 4.7 Tahapan Penelitian

Gambar 4.1. Tahapan Penelitian



## BAB 5

### 5.1 Gambaran Umum Puskesmas

#### 5.1.1 Gambaran karakteristik Puskesmas

Gambaran karakteristik puskesmas yang dimaksud mencakup 604 puskesmas yang menjadi sampel. Puskesmas tersebut tersebar di 36 kabupaten, di 22 propinsi. Dalam penyajian hasil dan pembahasan, puskesmas tersebut dibagi ke dalam 7 regional, yaitu regional Sumatera, Jawa-bali, Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua.

##### 5.1.1.1 Distribusi Lokasi Puskesmas (Perkotaan dan Pedesaan)

Tabel 5.1.  
Lokasi Puskesmas menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	Perkotaan		Pedesaan		Total	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Sumatera	87	75,0	29	25,0	116	100,0
2.	Jawa – Bali	47	42,0	65	58,0	112	100,0
3.	Nusa Tenggara	12	11,0	97	89,0	109	100,0
4.	Kalimantan	18	22,5	62	77,5	80	100,0
5.	Sulawesi	42	51,9	39	48,1	81	100,0
6.	Maluku	4	5,3	72	94,7	76	100,9
7.	Papua	3	10,0	27	90,0	30	100,0
8.	Nasional	213	35,3	391	64,7	604	100,0

Tabel 5.1. menyajikan distribusi puskesmas berdasarkan lokasi puskesmas. Lokasi puskesmas dibedakan atas daerah perkotaan dan daerah pedesaan. Pada tabel diatas terlihat hasil dimana 4 regional yaitu Nusa Tenggara, Kalimantan, Maluku, dan Papua lebih banyak berlokasi di daerah pedesaan daripada di perkotaan. Di Regional Nusa Tenggara (89,0 %), Kalimantan (77,5%), Maluku (94,7%), dan Papua (90,0%) puskesmasnya berlokasi di daerah pedesaan.

Kondisi yang berbeda terdapat di regional Sumatera, dimana 75% lokasi puskesmas di regional ini berada di daerah perkotaan. Sedangkan di regional Jawa-Bali dan Sulawesi, proporsi lokasi puskesmas tidak berbeda antara daerah perkotaan dan pedesaan. Secara nasional tabel 5.1. memperlihatkan lokasi puskesmas yang ada di Indonesia, 64,7% berlokasi di daerah pedesaan dan 35,3% berlokasi di daerah perkotaan.

### 5.1.1.2 Distribusi Puskesmas berdasarkan Jenis Puskesmas (Perawatan dan Non Perawatan)

Tabel 5.2.

Pelayanan Puskesmas menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	Perawatan		Non Perawatan		Total	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Sumatera	33	28,4	83	71,6	116	100,0
2.	Jawa – Bali	46	41,1	66	58,9	112	100,0
3.	Nusa Tenggara	61	56,0	48	44,0	109	100,0
4.	Kalimantan	26	32,5	54	67,5	80	100,0
5.	Sulawesi	27	33,3	54	66,7	81	100,0
6.	Maluku	34	44,7	42	55,3	76	100,9
7.	Papua	22	73,3	8	26,7	30	100,0
8.	Nasional	249	41,2	355	58,8	604	100,0

Tabel.5.2. menyajikan distribusi puskesmas berdasarkan jenis puskesmas. Jenis puskesmas dibedakan atas puskesmas perawatan dan puskesmas non perawatan. Pada tabel diatas terlihat hasil dimana 3 regional yaitu Sumatera, Kalimantan, dan Sulawesi, lebih banyak memiliki puskesmas non perawatan daripada perawatan. Di Regional Sumatera (71,6 %), Kalimantan (67,5%), dan Sulawesi (66,7%) puskesmasnya berjenis non perawatan.

Kondisi yang berbeda terdapat di regional Papua, dimana 73,3% jenis puskesmas di regional ini adalah perawatan. Sedangkan di regional Jawa-Bali, Nusa Tenggara, dan Maluku, proporsi jenis puskesmas tidak berbeda antara yang perawatan dan non perawatan. Secara nasional tabel.5.2. memperlihatkan jenis puskesmas yang ada di Indonesia, 58,8% berjenis non perawatan dan 41,2% berjenis perawatan.

### 5.1.1.3 Distribusi Jumlah Tempat Tidur Puskesmas

Tabel 5.3.  
Tempat Tidur Puskesmas menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	5-10TT		>10 TT		Total	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Sumatera	22	66,7	11	33,3	33	100,0
2.	Jawa – Bali	28	60,9	18	39,1	46	100,0
3.	Nusa Tenggara	28	45,9	33	54,1	61	100,0
4.	Kalimantan	20	76,9	6	23,1	26	100,0
5.	Sulawesi	22	81,5	5	18,5	27	100,0
6.	Maluku	28	82,4	6	17,6	34	100,9
7.	Papua	12	54,5	10	45,5	22	100,0
8.	Nasional	160	64,3	89	35,7	249	100,0

Tabel.5.3. menyajikan distribusi puskesmas berdasarkan jumlah tempat tidur yang ada di puskesmas. Jumlah tempat tidur dibedakan atas 5 – 10 tempat tidur dan lebih dari 10 tempat tidur. Pada tabel diatas terlihat hasil dimana 5 regional yaitu Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi dan Maluku lebih banyak memiliki puskesmas dengan jumlah tempat tidur 5 – 10 buah daripada lebih dari 10 buah. Di Regional Sumatera (66,7 %), Jawa-Bali (60,9%), Kalimantan (76,9%%), Sulawesi (81,5%), dan Maluku (82,4%) puskesmasnya memiliki tempat tidur 5 – 10 buah.

Sedangkan di regional Nusa Tenggara dan Maluku, proporsi jumlah tempat tidur di puskesmas tidak berbeda antara yang berjumlah 5 – 10 buah dan yang lebih dari 10 buah. Secara nasional tabel.5.3. memperlihatkan jumlah tempat tidur yang ada di puskesmas yang ada di Indonesia, lebih banyak yang berjumlah 5 – 10 tempat tidur (64,3%) daripada yang berjumlah lebih dari 10 tempat tidur (35,7%).

#### 5.1.1.4 Distribusi Puskesmas berdasarkan Jenis Pelayanan

Tabel 5.4.  
Pelayanan PONE D Puskesmas menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	PONE D		Non PONE D		Total	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Sumatera	27	31,9	79	68,1	116	100,0
2.	Jawa – Bali	36	32,2	76	67,9	112	100,0
3.	Nusa Tenggara	41	37,6	68	62,4	109	100,0
4.	Kalimantan	18	22,4	62	77,5	80	100,0
5.	Sulawesi	23	28,4	58	71,6	81	100,0
6.	Maluku	44	57,9	32	42,1	76	100,9
7.	Papua	9	30,0	21	70,0	30	100,0
8.	Nasional	208	34,4	396	65,6	604	100,0

Tabel 5.4. menyajikan distribusi puskesmas berdasarkan jenis pelayanan PONE D adalah Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar. Pada tabel diatas terlihat bahwa di sebagian besar regional (6 regional), sebagian besar puskesmasnya (62,4%-77,5%) yang tidak memiliki pelayanan PONE D. Hanya regional Maluku yang puskesmasnya sebagian kecil (42,1%) tidak memiliki pelayanan PONE D.

Berdasarkan proporsi ketersediaan PONE D, terlihat bahwa regional Maluku memiliki puskesmas dengan proporsi ketersediaan PONE D tertinggi (57,9%), Hal ini berbeda dengan kondisi regional Kalimantan yang menunjukkan proporsi terendah (22,4%) yang memiliki PONE D. Secara nasional terlihat bahwa sebagian besar regional tidak memiliki pelayanan PONE D, yaitu sekitar 65,6%.

### 5.1.1.5 Distribusi Jumlah Penduduk di Wilayah Puskesmas

Tabel 5.5.  
Cakupan Puskesmas menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	< = 30.000		>30.000		Total	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Sumatera	66	59,9	50	43,1	116	100,0
2.	Jawa – Bali	53	47,3	59	52,7	112	100,0
3.	Nusa Tenggara	85	78,0	24	22,0	109	100,0
4.	Kalimantan	67	83,8	13	16,2	80	100,0
5.	Sulawesi	66	81,5	15	18,5	81	100,0
6.	Maluku	74	100,0	0	0,0	74	100,9
7.	Papua	29	96,7	1	3,3	30	100,0
8.	Nasional	440	73,1	162	26,9	602	100,0

Tabel 5.5. menyajikan distribusi puskesmas berdasarkan cakupan jumlah penduduk di wilayah kerjanya. Dalam studi ini, cakupan penduduk dibagi kedalam dua kategori, yaitu cakupan  $\leq 30.000$  jiwa dan cakupan  $> 30.000$  jiwa. Pada tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar regional (5 regional), sebagian besar puskesmasnya (59,9% - 96,7%) memiliki puskesmas dengan cakupan  $\leq 30.000$  jiwa. Hanya regional Jawa-Bali yang puskesmasnya sebagian kecil (47,3%) memiliki cakupannya  $\leq 30.000$  jiwa. Regional Maluku seluruh puskesmasnya (100%) memiliki cakupan  $\leq 30.000$  jiwa.

Berdasarkan proporsi cakupan penduduk, terlihat bahwa regional Maluku paling tinggi (100%) proporsi puskesmasnya yang memiliki cakupan  $\leq 30.000$  jiwa. Regional Kalimantan paling rendah (16,2%) proporsi puskesmasnya yang memiliki cakupan  $> 30.000$  jiwa. Secara nasional terlihat bahwa sebagian besar (73,1%) puskesmas memiliki cakupan  $\leq 30.000$  jiwa.

## **5.1.2 Gambaran kondisi input Puskesmas**

### **5.1.2.1 Sumber Daya Manusia di Puskesmas**

Sumber Daya Manusia (SDM) di Puskesmas dinilai berdasarkan Puskesmas sampel yang berhasil dikunjungi dan diperoleh datanya dari masing-masing regional. Dari setiap kelompok SDM yang tercantum pada tabel.5.6. tidak selalu diperoleh dari jumlah Puskesmas sampel yang sama. Untuk regional Sumatera bervariasi antara 85 sampai 116 puskesmas, regional Jawa-Bali berasal dari 76 – 111 puskesmas, regional Nusa Tenggara dari 94 – 108 puskesmas, regional Kalimantan berasal dari 77 – 80 puskesmas, regional Sulawesi berasal dari 79-81 puskesmas, regional Maluku berasal dari 54-75 puskesmas, dan regional Papua berasal dari 25-30 puskesmas.

Dari Tabel.5.6. nampak bahwa distribusi tenaga di Puskesmas cukup bervariasi baik menurut regional maupun kelompok SDM/tenaga. Menurut kelompok SDM, tenaga dokter telah ada di setiap Puskesmas pada semua regional, dengan rata-rata tertinggi di regional Sumatera sebanyak 5 dokter setiap Puskesmas, dan minimal rata-rata 1 dokter setiap Puskesmas untuk regional Nusa Tenggara dan regional Maluku. Untuk tenaga dokter gigi, rata-rata setiap Puskesmas memiliki kurang dari 1 dokter gigi untuk masing-masing regional, kecuali regional Sumatera dan Jawa-Bali yang memiliki rata-rata 1-2 dokter gigi. Untuk tenaga gizi dan tenaga sanitasi, setiap puskesmas memiliki setidaknya 1 orang untuk masing-masing regional.

Adapun SDM yang paling banyak dimiliki Puskesmas pada semua regional adalah tenaga perawat yaitu rata-rata antara 9 perawat hingga 12 perawat setiap Puskesmas dan kemudian tenaga bidan, yaitu rata-rata antara 6 bidan hingga 10 bidan.

Dilihat per regional, untuk regional Sumatera, Kalimantan, dan Nusa Tenggara semua kategori tenaga ada di tiap Puskesmas. Di regional Jawa-Bali, tenaga kesehatan masyarakat (baik dari lulusan D3 sampai dengan S3 Kesehatan Masyarakat) tidak terdapat pada setiap Puskesmas. Dari 111 Puskesmas yang diteliti di regional Jawa-Bali, hanya 76 Puskesmas yang memiliki tenaga Kesehatan Masyarakat. Untuk regional Sulawesi, belum semua Puskesmas memiliki tenaga teknisi kesehatan/penunjang medis (Tenaga Laboratorium, Teknis Elektro Medis, Radiografer, Fisioterapis, Teknisi Transfusi dan lain-lain). Dari 79 Puskesmas yang diteliti di regional Sulawesi, hanya 37 Puskesmas yang memiliki tenaga teknisi kesehatan/penunjang medis.

Sedangkan untuk regional Maluku dan regional Papua, masih banyak kategori tenaga kesehatan yang tidak secara lengkap dimiliki oleh setiap Puskesmas. Pada regional Maluku, tidak setiap Puskesmas memiliki tenaga dokter gigi, farmasi, perawat gigi, kesehatan masyarakat dan teknisi kesehatan/penunjang medis. Adapun untuk regional Papua, tidak setiap Puskesmas memiliki tenaga dokter gigi, perawat gigi dan kesehatan masyarakat.

Tabel.5.6.  
Jumlah dan Rerata Sumber Daya Manusia menurut Regional Tahun 2009

SDM	Regional																				
	Sumatera			Jawa - Bali			Nusa Tenggara			Kalimantan			Sulawesi			Maluku			Papua		
	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata	N	Jml	Rerata
Dokter	116	569	4.9	109	292	2.7	106	129	1.2	80	184	2.3	80	170	2.1	67	89	1.3	30	82	2.7
Dokter gigi	104	142	1.4	101	156	1.5	100	56	0.6	77	49	0.6	79	59	0.7	59	25	0.4	25	9	0.4
Farmasi	111	248	2.2	92	149	1.6	99	86	0.9	78	75	1.0	81	107	1.3	56	11	0.2	26	16	0.6
Gizi	107	129	1.2	99	130	1.3	104	156	1.5	78	77	1.0	81	120	1.5	65	68	1.0	30	29	1.0
Sanitasi	107	110	1.0	99	122	1.2	104	207	2.0	78	90	1.2	81	119	1.5	65	57	0.9	30	21	0.7
Perawat	116	1040	9.0	111	1113	10.0	108	851	7.9	80	735	9.2	81	1010	12.5	75	646	8.6	30	367	12.2
Perawat Gigi	85	118	1.4	94	169	1.8	106	109	1.0	78	97	1.2	79	92	1.2	56	13	0.2	25	8	0.3
Bidan	115	1035	9.0	111	1144	10.3	108	647	6.0	80	529	6.6	81	470	5.8	73	430	5.9	30	217	7.2
Kesmas	108	153	1.4	76	63	0.8	94	96	1.0	78	78	1.0	81	171	2.1	61	26	0.4	27	9	0.3
Teknisi Medis	107	144	1.3	85	108	1.3	99	75	0.8	77	62	0.8	79	37	0.5	54	14	0.3	25	26	1.0
Non Kesehatan	94	242	2.6	97	743	7.7	101	360	3.6	80	298	3.7	79	214	2.7	66	195	3.0	25	46	1.8

### 5.1.2.2 Ketersediaan Sarana di Puskesmas

Alat penunjang merupakan komponen penting yang harus tersedia di puskesmas untuk mendukung tercapainya Standar Pelayanan Minimal (SPM). Salah satu tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi kelengkapan alat penunjang yang ada di puskesmas. Berikut ini adalah cara perhitungan yang digunakan mengidentifikasi kelengkapan alat penunjang di puskesmas untuk mendukung tercapainya SPM:

- a. Data ketersediaan alat di banyak daerah tidak tercatat secara lengkap. . Kondisi ketersediaan setiap alat dikategorikan dalam skor tidak ada (1), kurang (2), cukup (3), dan berlebih (4). Data alat setiap bulan *direcoding* menjadi tidak ada (0), kurang (1), cukup (2), dan berlebih (3). Skor tiap jenis alat per puskesmas dirata-rata per bulan dengan cara total skor dibagi dengan jumlah bulan. Selanjutnya dikategorikan dengan *cut of* : tidak ada ( $< 0,5$ ), kurang ( $0,5 - < 1,5$ ), cukup ( $1,5 - < 2,5$ ), dan berlebih ( $\geq 2,5$ ).
- b. Setelah kondisi tiap alat di puskesmas tergambar dengan rata-rata, dilanjutkan dengan menghitung rata-rata skor kondisi alat per regional dari rata-rata skor puskesmas. Hasil akhir rata-rata skor ketersediaan alat per regional dikategorikan dengan *cut of* : tidak ada ( $< 0,5$ ), kurang ( $0,5 - < 1,5$ ), cukup ( $1,5 - < 2,5$ ), dan berlebih ( $\geq 2,5$ ).

Dibawah ini adalah hasil ketersediaan sarana kesehatan di puskesmas untuk menunjang kegiatan SPM. Data yang ditampilkan adalah sarana kesehatan penunjang SPM yang esensial.

#### 1. Standar Pelayanan Minimal 1 (SPM1) : Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4

Standar Pelayanan Minimum 1 (SPM1) adalah Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4 (kunjungan sebanyak 4 kali ( 1x pada trimester I, 2x pada trimester II dan 1x pada trimester III) dengan pelayanan 5T (Timbang Badan, Tinggi Fundus, Tensi, Tablet Besi dan TT). Indikator pencapaiannya adalah Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4 95 % pada tahun 2015.

Perlengkapan alat yang menunjang pencapaian SPM1 adalah Timbangan Badan, Tensi Meter, Microtoise, Stetoskop, Stetoskop Laenec, Meja Gyn, Alat Ukur LILA, Alat Ukur Midline, Hb Sahli, Buku Kohort, Buku Register, Alat Peraga Penyuluhan, Termometer dan Sterilisator.

Hasil studi menunjukkan bahwa semua alat yang menunjang SPM1 tersedia di semua regional, dan hanya beberapa regional saja yang memiliki alat tetapi tidak berfungsi. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM1 ada 3 jenis, yaitu: Tensimeter, Stetoskop Laenec, dan HbSahli.

Tabel 5.7.  
Distribusi Ketersediaan Kelengkapan Alat Esensial SPM1 menurut Regional  
Tahun 2009

No	Jenis alat (SPM1)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Tensimeter	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Stetoskop laenec	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik
3	Hb Sahli	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik

Dari Tabel 5.7. dapat diketahui bahwa sebagian besar alat yang esensial di puskesmas tersedia dan berfungsi. Tensimeter ada dan berfungsi baik di semua regional bahkan di regional Jawa-Bali, Nusa Tenggara, Kalimantan, dan Sulawesi memiliki tensimeter lebih dari satu dan berfungsi. Stetoskop Laenec tersedia di semua regional dan berfungsi, kecuali di regional Sumatera, Nusa Tenggara, dan Maluku yang alatnya ada tetapi tidak berfungsi. Sedangkan untuk Hb Sahli ada satu dan berfungsi baik di semua regional, kecuali di regional Maluku yang tersedia tetapi tidak berfungsi. Secara nasional ketersediaan jenis alat yang paling penting untuk menunjang SPM1 di Puskesmas tersedia satu buah dan berfungsi.

## 2. Standar Pelayanan Minimal 2 (SPM2) : Cakupan Komplikasi Kebidanan Yang Ditangani

Standar Pelayanan Minimum 2 (SPM2) adalah Komplikasi Kebidanan. Komplikasi yang ditangani antara lain kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi. Indikatornya yaitu cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani mencapai 80% pada tahun 2015.

Perlengkapan alat yang menunjang SPM 2 adalah Formulir Rujukan, Partus Set, Infus Set, Tabung Oksigen dan Manometer Set, Ambulance, Sungkup, Incubator dan Slem Secher (Penyedot Lendir). Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 2 ada 3 jenis, yaitu: Formulir Rujukan, Partus Set, dan Infus Set.

Tabel 5.8.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM2 menurut Regional  
Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 2)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form rujukan	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Partus set	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
3	Infus set	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari Tabel 5.8. dapat diketahui bahwa sebagian besar alat yang esensial di puskesmas tersedia dan berfungsi dengan baik. Ada 4 regional yang memiliki formulir rujukan lebih dari satu dan berfungsi dengan baik, yaitu regional Jawa-Bali, Nusa Tenggara, Kalimantan dan Sulawesi. Secara nasional, berdasarkan 3 alat esensial diatas, terlihat bahwa semua regional minimal telah memiliki satu alat esensial dan berfungsi.

### 3. Standar Pelayanan Minimal 3 (SPM3) : Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan

Standar Pelayanan Minimal 3 (SPM3) adalah Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan. Definisinya adalah proses pertolongan persalinan dari kala I sampai kala IV oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan klinis kebidanan sesuai standar. Indikatornya yaitu cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan yang ditangani mencapai 90% pada tahun 2015.

Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM3 yang diidentifikasi adalah Bidan Kit, Partogram, Alat Transportasi, Alat Pengukur Panjang Badan, Timbangan Bayi, Termal Blanket, Vacuum Set, dan Forcep. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM1 ada 3 jenis, yaitu: Bidan Kit, Partogram, dan Timbangan Bayi.

Tabel 5.9.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM3 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 3)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Bidan kit	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Partogram	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
3	Timbang bayi	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Tabel 5.9. memperlihatkan bahwa sebagian besar alat esensial di puskesmas tersedia dan berfungsi dengan baik. Seluruh regional memiliki 3 alat esensial dan berfungsi dengan baik. Di regional Jawa-Bali puskesmas secara umum memiliki lebih dari satu timbangan bayi dan berfungsi baik.

#### 4. Standar Pelayanan Minimal 4 (SPM4) : Cakupan pelayanan nifas

Standar Pelayanan Minimal 4 (SPM 4) Cakupan Pelayanan Nifas dan pelayanan neonatus dasar sesuai standard. Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan sebanyak minimal 3 kali pasca persalinan, di minggu ke 3 dan minggu ke 6 meliputi pemberian vit A dan pelayanan KB, sedangkan pelayanan neonatus mencakup bimbingan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, pemberian vitamin K1 dan pemberian imunisasi HB1. Indikatornya yaitu cakupan pelayanan nifas yang ditangani mencapai 90% pada tahun 2015.

Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 4 yang diidentifikasi adalah Trocart, Inserter, Speculum, Bisturi, Clem U, Form Pencatatan Pelaporan, Vaccin Carrier (Cold Chain), Sput, dan Timbangan. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 4 ada 2 jenis, yaitu: klem U dan vaccin carrier (cold chain).

Tabel 5.10.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM4 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 4)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Klem U	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi
2	Vaccin carrier (cold chain)	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari Tabel 5.10. terlihat bahwa alat klem U tersedia satu dan berfungsi di 5 regional sedangkan di regional Maluku dan Papua alat ini tersedia satu buah tetapi tidak berfungsi. Vaccin carrier (cold chain), di seluruh regional tersedia satu alat dan berfungsi dengan regional Jawa-Bali memiliki lebih dari satu alat dan semua berfungsi.

5. Standar Pelayanan Minimal 5 (SPM5) : Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani  
Standar Pelayanan Minimum 5 (SPM5) yaitu Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani. Neonatus dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit atau kelainan yang dapat menyebabkan kematian, kecacatan atau kesakitan. Indikator Cakupan SPM5 adalah Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani sebesar 80% pada tahun 2010. Peralatan yang menunjang SPM5 adalah Formulir Register Kematian dan Formulir Rujukan. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM5 adalah form rujukan.

Tabel 5.11.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM5 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 5)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form rujukan	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari Tabel 5.11. terlihat bahwa form rujukan yang merupakan alat esensial untuk pelayanan SPM5 sudah tersedia di semua regional dan dalam kondisi baik.

#### 6. Standar Pelayanan Minimal 6 (SPM6) : Cakupan Kunjungan Bayi

Standar Pelayanan Minimum 6 (SPM6) yaitu Kunjungan Bayi. Kunjungan bayi adalah kunjungan bayi usia 29 hari-11 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi klinis kesehatan sebanyak 4 kali dalam suatu waktu tertentu. Indikator Cakupan SPM6 adalah Kunjungan Bayi 90% pada tahun 2010.

Peralatan yang menunjang SPM6 adalah Refrigerator, Cold Chain, Alat Peraga SD/TK, Kohort Bayi, Buku KIA, KMS, Alat Peraga Penyuluhan Perawatan Kesehatan Bayi, Formulir AMP, dan PMT. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 6 adalah sarana cold chain dan KMS.

Tabel 5.12.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM6 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 6)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Cold chain	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	KMS	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari Tabel 5.12. terlihat semua regional memiliki kedua alat esensial ini dan berfungsi. Khusus untuk regional Jawa-Bali, puskesmas-puskesmas di wilayah ini memiliki lebih dari satu buah cold chain dan KMS dan berfungsi.

7. Standar Pelayanan Minimal 7 (SPM7) : Cakupan Desa/Kelurahan dengan Universal Child Immunization (UCI)  
Standar Pelayanan Minimal 7 (SPM 7) yaitu Cakupan desa/kelurahan dengan Universal child immunization (UCI). Definisinya adalah desa/kelurahan dimana  $\geq 80\%$  dari jumlah bayi didesa tersebut telah mendapat imunisasi dasar dalam jangka waktu satu tahun. Indikator pencapaian cakupan UCI adalah 100% di tahun 2010.

Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 7 yang diidentifikasi adalah form pemantauan dan penanganan, register imunisasi, juknis imunisasi, register pelatihan petugas, dan form pelacakan kasus KIPI. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM7 adalah Register Imunisasi dan Formulir Pelacakan Kasus KIPI.

Tabel 5.13.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM7 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 7)	Registrasi						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Register imunisasi	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Form Pelacakan Kasus KIPI	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi

Dari Tabel 5.13. terlihat semua regional memiliki kedua alat esensial tersebut dan berfungsi, kecuali regional Maluku dan Papua yang memiliki Formulir Pelacakan Kasus KIPI tetapi tidak berfungsi.

### 8. Standar Pelayanan Minimal 8 (SPM8) : Cakupan Pelayanan Anak Balita

Standar Pelayanan Minimal 8 (SPM 8) yaitu Cakupan Pelayanan Anak Balita. Anak balita yang dimaksud adalah yang berusia 12 – 56 bulan yang mendapatkan pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan. Indikator SPM 8 adalah cakupan sebesar 90% di tahun 2010. Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 8 yang diidentifikasi adalah buku register balita, buku KIA, KMS, dan skrining kit SDIDTK. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 8, yaitu : KMS dan Alat Skrining Kit SDIDTK.

Tabel 5.14.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM8 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 8)	Registrasi						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	KMS	Ada > 1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Alat Skrining Kit SDIDTK	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi

Dari Tabel 5.14. dapat diketahui bahwa KMS ada dan berfungsi baik di semua regional, sedangkan Alat Skrining Kit SDIDTK ada tetapi tidak berfungsi dengan baik di seluruh regional.

9. Standar Pelayanan Minimal 9 (SPM9) : Cakupan Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-24 Bulan Keluarga Miskin. Standar Pelayanan Minimum 9 (SPM9) yaitu Pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin. Pemberian makanan tambahan pendamping ASI untuk anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin ini diberikan selama 90 hari. Indikator Cakupan SPM9 adalah Kunjungan Bayi 100% pada tahun 2010.

Peralatan yang menunjang SPM9 adalah Buku Register Gakin, Alat Demo Masak, Bentuk MP-ASI, Bentuk Sosialisasi, Gudang Penyimpanan MP-ASI, Catatan Distribusi, Buku Monitoring dan Evaluasi MP-ASI, Formulir Register Balita Gizi Buruk, Mineral Mix, TFC atau Klinik Gizi Buruk dan Tes Garam Cepat. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM9 yaitu : Buku Register Gakin dan Buku Monitoring dan Evaluasi MP-ASI.

Tabel 5.15.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM9 menurut Regional, 2009

No	Jenis Alat (SPM9)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Buku register Gakin	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi
2	Buku monitoring dan evaluasi MP-ASI	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi

Dari Tabel 5.15. dapat diketahui bahwa Buku register gakin merupakan alat yang tersedia dan berfungsi di 6 regional, kecuali regional Papua yang memiliki alat tersebut tetapi tidak berfungsi. Sedangkan buku monitoring dan evaluasi tersedia satu buah dan berfungsi di 4 regional, yaitu regional Sumatera, Jawa-Bali, Nusa Tenggara, dan Maluku.

10. Standar Pelayanan Minimal 11 (SPM11) : Cakupan Penjangkaran Kesehatan Siswa SD dan Setingkat  
Standar Pelayanan Minimal 11 (SPM 11) yaitu Cakupan Penjangkaran Kesehatan Siswa SD dan Setingkat. Indikator SPM 11 adalah cakupan sebesar 100% di tahun 2010. Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 11 yang diidentifikasi adalah UKS Kit dan Dental Kit, Kursi Gigi, dan Formulir Pemantauan Kantin Sekolah. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 11 adalah UKS Kit dan Dental Kit.

Tabel 5.16.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM11 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat ( SPM 11)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	UKS Kit dan Dental Kit	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi

Tabel 5.16. memperlihatkan bahwa hanya regional Sumatera dan Jawa-Bali yang memiliki satu buah UKS kit dan dental kit serta berfungsi. Sedangkan regional lainnya memiliki satu buah alat tetapi tidak berfungsi, bahkan regional Maluku tidak memiliki alat ini.

### 11. Standar Pelayanan Minimal 12 (SPM12) : Cakupan Peserta KB Aktif

Standar Pelayanan Minimal 12 (SPM 12) yaitu Cakupan peserta KB Aktif. Indikator SPM adalah cakupan sebesar 70% ditahun 2010. . Perlengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 12 yang diidentifikasi adalah form pendataan sasaran PUS, alat konseling KB untuk PUS, dan alat Peraga penyuluhan KB.

Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM 12 adalah Formulir Pendataan Sasaran PUS dan Alat Konseling KB untuk PUS.

Tabel 5.17.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM12 menurut Regional, Tahun 2009

No	Jenis Alat ( SPM 12)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form Pendataan Sasaran PUS	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi
2	Alat Konseling KB untuk PUS	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik

Dari tabel 5.17. terlihat bahwa Formulir Pendataan Sasaran PUS tersedia satu buah dan berfungsi di semua regional, kecuali di regional Papua yang tersedia tetapi tidak berfungsi. Sedangkan untuk Alat Konseling KB untuk PUS, tersedia satu buah dan berfungsi di semua regional, kecuali di regional Maluku yang tersedia tetapi tidak berfungsi.

12. Standar Pelayanan Minimal 13 (SPM13) : Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit.

12.1. Standar Pelayanan Minimal 13a: Penyakit *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) Rate per 100.000 penduduk < 15 tahun

Standar Pelayanan Minimal 13a (SPM 13a) yaitu penemuan dan penanganan semua kasus AFP Non Polio pada semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya flacid (layuh) terjadi secara akut (mendadak) dan bukan disebabkan oleh rudapaksa. Indikator SPM 13a adalah cakupan penemuan semua kasus AFP anak usia < 15 th dengan AFP Rate 2 kasus per 100.000 penduduk usia < 15 tahun ditahun 2010.

Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 13a yang diidentifikasi adalah Container Penyimpanan Feses, yang juga merupakan alat esensial.

Tabel 5.18.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13a menurut Regional  
Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13a)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	container penyimpanan feses	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.18. terlihat bahwa container untuk penyimpanan feses disemua regional diketahui tidak berfungsi hingga tidak ada

### 12.2. Standar Pelayanan Minimal 13b: Penemuan Penderita Pneumonia Balita

Standar Pelayanan Minimal 13b (SPM13b) yaitu Penemuan dan Penanganan Penyakit Pneumonia Balita. Persentase balita dengan pnemonia yang ditemukan dan di beri tatalaksana sesuai standar di sarana kesehatan di suatu wilayah dalam waktu satu tahun. Indikator Cakupan SPM 13b adalah Penemuan Pasien Pneumonia Balita 100% pada tahun 2010. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM13b yang diidentifikasi adalah Formulir Deteksi Dini Penderita Pneumonia Balita, Ruang Perawatan untuk Penderita Pneumonia Berat dan Formulir Register Pencatatan Penderita Pneumonia. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13b adalah Formulir Deteksi Dini Penderita Pneumonia Balita.

Tabel 5.19.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13b menurut Regional  
Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13b)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form Deteksi Dini penderita Pneumonia Balita	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.19. dapat diketahui bahwa alat tersebut tersedia di semua regional dan sebagian besar berfungsi dengan baik. Regional Jawa-Bali memiliki kondisi yang bagus karena memiliki lebih dari 1 dan berfungsi dengan baik, hal ini berbeda dengan regional Kalimantan dan Papua dimana alatnya tersedia tetapi tidak berfungsi. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Kalimantan dan Papua paling bermasalah.

### 12.3. Standar Minimal 13c: Penemuan Pasien Baru BTA Positif

Standar Pelayanan Minimal 13c (SPM13c) adalah Penemuan dan Penanganan Penyakit Tuberculosis (TB). Persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus baru penderita TB BTA positif disuatu wilayah dalam satu tahun. Indikator Cakupan SPM 13c adalah Penemuan Pasien Baru Tb BTA Positif 100% pada tahun 2010.

Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM13c yang diidentifikasi adalah Mikroskop, Lensa Glass, Container Pengambilan Sputum, Alat Peraga Pelatihan TB, Alat Peraga Penyuluhan TB, dan Formulir Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13c adalah Mikroskop dan Container Pengambilan Sputum.

Tabel 5.20.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13c menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13c)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Mikroskop	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Container pengambilan sputum	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari tabel 5.20. dapat diketahui bahwa alat tersebut tersedia di semua regional dan berfungsi dengan baik.

#### 12.4. Standar Pelayanan Minimal 13d: Penderita DBD yang ditangani

Standar Pelayanan Minimal 13d (SPM 13d) adalah Penderita DBD yang ditangani. Persentase penderita DBD yang ditangani sesuai standar di sarana kesehatan dalam waktu satu tahun dibandingkan dengan jumlah penderita DBD yang ditemukan/dilaporkan diwilayah tersebut dalam tahun yang sama.

Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM 13d yang diidentifikasi adalah Formulir Pendataan Penderita DBD, Alat Fogging, Abate, Senter, Jarring, Alat Peraga Pencarian Jentik, dan Alat Peraga Kebersihan Lingkungan. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13d adalah Formulir Pendataan Penderita DBD dan Alat Peraga Pencarian Jentik.

Tabel 5.21.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Perlengkapan Alat Esensial SPM13d menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13d)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Formulir pendataan penderita DBD	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi
2	Alat peraga pencarian jentik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Dari tabel 5.21. dapat diketahui bahwa alat tersebut sebagian besar tersedia hampir di semua regional, akan tetapi banyak yang tidak berfungsi dengan baik. Regional Jawa-Bali memiliki kondisi yang bagus karena memiliki Formulir Pendataan Penderita DBD lebih dari 1, hal ini berbeda dengan regional Nusa Tenggara, Maluku dan Papua karena tidak satu pun alat esensial yang berfungsi. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Nusa Tenggara, Maluku dan Papua yang paling bermasalah.

#### 12.5. Standar Pelayanan Minimal 13e: Penemuan Penderita Diare

Standar Pelayanan Minimal 13e (SPM13e) adalah Penemuan dan Penanganan Penyakit Diare. Penderita diare yang ditemukan dan ditangani di sarana kesehatan dan kader disuatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun. Indikator Cakupan SPM 13e adalah Penemuan Pasien Diare 100% pada tahun 2010.

Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM13e yang diidentifikasi adalah Formulir Register Pencatatan dan Pelaporan Diare dan Komputer. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13e adalah Formulir Register Pencatatan dan Pelaporan Diare.

Tabel 5.22.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat SPM13e menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13c)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form register pencatatan dan pelaporan diare	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Komputer	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.22. dapat diketahui bahwa alat tersebut sudah tersedia di semua regional dan berfungsi dengan baik, bahkan di regional Jawa-Bali alatnya tersedia lebih dari 1 (satu). Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Jawa-Bali yang paling bagus

#### 12.6. Standar Pelayanan Minimal 13f: Penemuan Penderita HIV

Standar Pelayanan Minimal 13f (SPM13f) yaitu Penemuan dan Penanganan Penyakit HIV. Indikator Cakupan SPM 13f adalah Penemuan Pasien HIV 100% pada tahun 2010. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM13f yang diidentifikasi adalah Alat untuk Tata Laksana Pasien Baru HIV, Alat Peraga Pelatihan HIV, Alat Peraga Penyuluhan HIV, Formulir Pencatatan dan Pelaporan Penderita HIV, Ruang Khusus Rehabilitasi ODHA, dan Leaflet untuk ODHA. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13f adalah Alat Peraga Pelatihan HIV.

Tabel 5.23.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13f menurut Regional  
Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13f)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Alat peraga penyuluhan HIV	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.23. dapat diketahui bahwa secara regional maupun nasional semua peralatan penunjang SPM13f yang diidentifikasi tidak tersedia di sebagian besar regional, bahkan jika pun tersedia tidak satu pun yang berfungsi dengan baik.

### 12.7. Standar Pelayanan Minimal 13g: Penemuan Penderita Malaria

Standar Pelayanan Minimal 13g (SPM13g) Penemuan dan Penanganan Penyakit Malaria. Indikator Cakupan SPM 13g adalah Penemuan Pasien Malaria 100% pada tahun 2010. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM13g yang diidentifikasi adalah Formulir Penemuan Kasus Baru Malaria, Alat untuk Tata Laksana Pasien Baru Malaria, Alat RDT, Formulir Register Pencatatan dan Pelaporan, Formulir Rujukan dan Kelambu Berinsektisida. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM13g ada 2 jenis, yaitu : Formulir Penemuan Kasus Baru Malaria dan Alat RDT.

Tabel 5.24.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM13g menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 13g)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form penemuan kasus baru malaria	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik
2	Alat RDT	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik

Dari tabel 5.24. dapat diketahui bahwa kedua alat tersebut tersedia di sebagian besar regional dan sebagian besar berfungsi dengan baik. Regional Maluku kondisi peralatannya paling bagus, karena kedua alat tersebut ada dan berfungsi dengan baik, bahkan Alat RDT tersedia lebih dari 1 buah. Berbeda dengan regional Jawa-Bali yang tidak memiliki alat RDT sama sekali. Regional Sumatera dan Kalimantan yang dikenal endemis malaria ternyata alat RDT nya

tidak ada yang berfungsi sama sekali. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Sumatera dan Kalimantan yang paling bermasalah.

13. Standar Pelayanan Minimal 14: Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin  
Standar Pelayanan Minimal 14 (SPM14) yaitu Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin. Indikator SPM14 adalah cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada tahun 2015. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM14 yang diidentifikasi adalah Formulir Pendataan Penduduk, Sarana Kesehatan dan Kunjungan, Alat Peraga Penyuluhan, alat Peraga Pelatihan, Formulir Monitoring Evaluasi dan Formulir Pencatatan dan Pelaporan. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM14 ada 2 jenis, yaitu : Formulir Pendataan Penduduk, Sarana Kesehatan dan Kunjungan dan Alat Peraga Penyuluhan.

Tabel 5.25.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM14 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 14)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi
2	Alat Peraga Penyuluhan	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.25. dapat diketahui bahwa kedua alat tersebut tersedia hampir tersedia di semua regional (6 regional) dan semuanya berfungsi dengan baik. Hanya regional Papua yang ketersediaan alat esensialnya tidak berfungsi satu pun. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Papua paling bermasalah.

14. Standar Pelayanan Minimal 17: Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)

Standar Pelayanan Minimal 17 (SPM17) yaitu Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB). Indikator SPM17 adalah cakupan desa/kelurahan KLB yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi 100% < 24 jam pada tahun 2015. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM17 yang diidentifikasi adalah Formulir KLB, Alat untuk Pembuatan Peta Wilayah KLB, Komputer, Alat Presentasi, Juklak/Juknis KLB, Formulir Monitoring dan Evaluasi, dan Alat Peraga Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM17 ada 3 jenis, yaitu : Formulir KLB, Alat Pembuatan Peta Wilayah KLB dan Juklak-Juknis KLB.

Tabel 5.26.

Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM17 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 17)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Form KLB	Ada1, berfungsi baik	Ada > 1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi
2	Alat untuk Pembuatan Peta Wilayah KLB	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada	Ada, tidak berfungsi	Tidak ada
3	Juklak/Juknis KLB	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.26. dapat diketahui bahwa ketiga alat tersebut tersedia di sebagian besar regional dan sebagian besarnya berfungsi dengan baik. Regional Jawa-Bali memiliki semua alat esensial yang berfungsi dengan baik, sedangkan regional Papua semua alatnya tidak berfungsi. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Papua paling bermasalah.

15. Standar Pelayanan Minimal 18: Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Standar Pelayanan Minimal 18 (SPM18) yaitu Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Indikator SPM18 adalah Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada tahun 2015. Kelengkapan alat untuk menunjang pencapaian cakupan SPM18 yang diidentifikasi adalah Alat Peraga Penyuluhan dan Formulir Pendataan Desa Siaga. Berkaitan dengan ketersediaan alat, jenis-jenis alat yang paling esensial untuk mendukung SPM18 adalah Alat Peraga Penyuluhan.

Tabel 5.27.  
Distribusi Ketersediaan Jenis Kelengkapan Alat Esensial SPM18 menurut Regional Tahun 2009

No	Jenis Alat (SPM 18)	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Alat peraga Penyuluhan	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi	Ada1, berfungsi baik	Ada1, berfungsi baik	Ada, tidak berfungsi

Dari tabel 5.27. dapat diketahui bahwa alat tersebut tersedia di semua regional dan hampir semuanya berfungsi dengan baik. Ada 2 regional yang alatnya tidak berfungsi yaitu regional Kalimantan dan Papua. Dengan demikian, secara nasional terlihat bahwa kondisi regional Kalimantan dan dan Papua dianggap paling bermasalah.

Berdasarkan fakta yang ditemukan di Puskesmas sampel beberapa sarana peralatan penunjang untuk pencapaian indikator SPM khususnya peralatan esensial, sebagian besar tersedia di Puskesmas dalam kondisi berfungsi dengan baik. Namun demikian ada beberapa wilayah regional atau program tertentu tidak di dukung dengan sarana peralatan penunjang baik karena dalam kondisi tidak berfungsi maupun memang tidak tersedia.

Sebagai contoh, sarana penunjang esensial untuk mendukung pencapaian indikator SPM-13a (Penemuan dan penanggulangan AFP) berupa container penyimpanan dan pengiriman spesimen (feses) di semua wilayah regional dalam kondisi tidak berfungsi atau tidak tersedia. Sedangkan sebagian dari sarana penunjang esensial untuk indikator SPM-13d (penemuan dan penanggulangan DBD), indikator SPM-13f (penemuan dan penanggulangan HIV/AIDS), indikator SPM-17 (Penyelidikan Epidemiologi dalam penanggulangan KLB) di semua wilayah penelitian tidak tersedia atau tersedia dalam kondisi tidak berfungsi. Sementara sarana esensial untuk mendukung pencapaian indikator SPM-9 (cakupan pemberian MP-ASI) dalam bentuk Buku Monev, tidak tersedia atau tersedia dalam kondisi tidak berfungsi.

Walaupun dalam studi ini tidak dapat menggambarkan hubungan kausal, namun sangat diyakini bahwa tidak tersedianya atau tidak berfungsinya sarana peralatan penunjang esensial dimaksud akan memberi pengaruh terhadap kualitas kinerja maupun pencapaian indikator SPM terkait. Oleh karenanya perlu dicermati kembali terhadap pencapaian kinerja SPM dimaksud.

Oleh karenanya dalam membaca penetapan indikator hasil kinerja untuk setiap SPM harus dilakukan secara bijak dan dengan kehati-hatian terutama menyangkut kebijakan program dan karakteristik yang berhubungan dengan masing masing SPM.

### 5.1.2.3 Ketersediaan Obat di Puskesmas

Obat merupakan komponen penting yang harus tersedia di puskesmas. Salah satu tujuan penelitian ini adalah ingin mengidentifikasi ketersediaan obat yang ada di puskesmas. Berikut ini adalah cara perhitungan yang digunakan untuk mengidentifikasi ketersediaan obat di puskesmas:

- a. Data ketersediaan obat di puskesmas terekam setiap bulan. Kondisi ketersediaan setiap obat dikategorikan dalam skor tidak ada (1), kurang (2), cukup (3), dan berlebih (4). Data obat setiap bulan di-*recoding* menjadi tidak ada (0), kurang (1), cukup (2), dan berlebih (3). Skor tiap jenis obat per puskesmas dirata-rata per bulan dengan cara total skor dibagi dengan jumlah bulan. Selanjutnya dikategorikan dengan *cut off* : tidak ada ( $< 0,5$ ), kurang ( $0,5 - < 1,5$ ), cukup ( $1,5 - < 2,5$ ), dan berlebih ( $\geq 2,5$ ).
- b. Setelah kondisi tiap obat di puskesmas tergambar dengan rata-rata, dilanjutkan dengan menghitung rata-rata skor kondisi obat per regional yang diperoleh dari rata-rata skor puskesmas. Hasil akhir rata-rata skor ketersediaan obat per regional dikategorikan dengan *cut off* : tidak ada ( $< 0,5$ ), kurang ( $0,5 - < 1,5$ ), cukup ( $1,5 - < 2,5$ ), dan berlebih ( $\geq 2,5$ ).

No	Jenis Obat	Regional						
		Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua
1	Analgetik	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
2	Anastetik	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
3	Antialergi	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
4	Antidot	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang
5	Antiepilepsi	Kurang	Cukup	Cukup	Kurang	Cukup	Kurang	Kurang
6	Antibakteri	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
7	Antihelmantika	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
8	Anti Tuberkulosis	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang	Kurang
9	Antifungi	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
10	Antimalaria	Kurang	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
11	Antitusiva/ekspektorant	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
12	Antiasma	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
13	Antasida	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
14	Antikardiovaskuler	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
15	Obat gigi	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang	Kurang
16	Larutan elektrolit, nutisi	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
17	Antimigren	Kurang	Kurang	Cukup	Cukup	Kurang	Kurang	Kurang
18	Disinfektan dan Antiseptik	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
19	Obat topikal, kulit	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
20	Obat mata	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
21	Obat Telinga	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
22	Oksitosik dan relaksan uterus	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang	Cukup
23	Obat roborantia/vitamin	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
24	Pembalut	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang	Kurang
25	Vaksin	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
26	ATS	Kurang	Kurang	Kurang	Tidak ada	Kurang	Kurang	Kurang
27	Serum anti ular bisa	Tidak ada	Kurang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Kurang
28	BCG	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
29	DPT	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
30	Polio	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
31	Campak	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
32	Hepatitis B	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
33	DT	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
34	TT	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang
35	Reagentia	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang
36	Anti hemoroid	Kurang	Kurang	Kurang	Cukup	Cukup	Kurang	Cukup
37	Disossible 1 - 2,5 mg	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
38	Disossible 5 - 10 mg	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
39	Ekstrak Belladonna 10 mg	Cukup	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Kurang	Kurang
40	Haloperidol 5 mg	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang
41	Klorpromazin 25 mg	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang
42	Klorpromazin Injeksi	Tidak ada	Kurang	Kurang	Tidak ada	Tidak ada	Kurang	Kurang
43	H2O2	Tidak ada	Kurang	Kurang	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Kurang

Tabel 5.28.  
Distribusi Jenis Obat di Puskesmas Menurut Regional Tahun 2009

Tabel 5.28. diatas menunjukkan gambaran ketersediaan obat di Puskesmas di 7 regional. Obat yang diidentifikasi ada 43 jenis. Obat-obat tersebut diatas adalah obat generik yang harus ada di puskesmas. Secara umum terlihat bahwa sebagian besar obat-obatan yang diidentifikasi untuk menunjang pelayanan puskesmas terlihat cukup di semua regional, kecuali regional Papua yang lebih banyak kurangnya. Obat-obatan yang kondisinya terlihat kurang di 7 regional adalah antidot, ATS (kecuali Kalimantan, tidak ada obat jenis ini), reagentia, haloperidol 5 mg, dan klorpromazin 25 mg.

Tabel diatas. memperlihatkan di regional Papua ketersediaan obatnya sebagian besar kurang, kecuali untuk 11 jenis obat termasuk kategori cukup yaitu: antibakteria, antimalaria, anti asma, antisida, obat topikal kulit, obat mata, obat telinga, oksitoksik dan relaksan uterus, anti hemoroid, dispossible 1-2,5 mg, dan dispossible 5-10 mg. Dalam tabel 5.1. juga menunjukkan tidak tersedia serum anti ular bisa di regional Sumatera, Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, dan Maluku. Untuk klorpromazin injeksi juga tidak tersedia di regional Sumatera, Kalimantan dan Sulawesi. Selain itu H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> juga tidak tersedia di 4 regional yaitu Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, dan Maluku.

Berkaitan dengan ketersediaan obat, jenis-jenis obat yang paling esensial yang harus ada di puskesmas, ada 9 jenis obat yaitu : Analgetik, Antibakteri, Anti Tuberkulosis, Antimalaria, Obat Topikal Kulit, Obat Mata, Vaksin, Dispossible 1-2,5 mg, dan Haloperidol 5 mg. Dari Tabel 5.1. dapat diketahui sebagian besar obat yang paling esensial ini ketersediaannya sudah cukup di hampir semua regional. Tetapi obat haloperidol 5 mg dan klorpromazin 25 mg kurang di semua regional. Sedangkan Antimalaria hanya kurang di regional Sumatera dan Jawa-Bali saja. Secara nasional ketersediaan jenis obat-obatan yang paling penting di Puskesmas sudah cukup.

### **5.1.3. Gambaran Kondisi Proses (Kegiatan) di Puskesmas**

Gambaran proses kegiatan Puskesmas dalam penelitian ini dilihat dari proporsi penggunaan dana operasional Puskesmas untuk program yang menunjang pencapaian Standar Pelayanan Minimal, kegiatan menurut urusan pemerintahan

daerah menurut kementerian dalam negeri, kegiatan UKBM dan kegiatan terkait dengan target MDGs. Berikut ini diuraikan proporsi penggunaan anggaran berdasarkan program tersebut.

### 5.1.3.1. Penggunaan Anggaran Puskesmas untuk Kegiatan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal

Dalam standar pelayanan minimal bidang kesehatan, ada 18 kegiatan pelayanan yang wajib dilaksanakan oleh kabupaten/kota, dimana sebagian kegiatan pelayanan tersebut dilaksanakan oleh Puskesmas. Dari hasil penelitian BOK ini, ada 16 SPM yang dapat diketahui penggunaan biaya operasionalnya. Gambaran penggunaan biaya untuk pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.29.

Proporsi penggunaan biaya kegiatan untuk pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas menurut regional

No.	SPM	Regional							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Kunjungan ibu hamil (K-4)	3.61%	6.03%	7.64%	5.26%	3.57%	0.77%	1.85%	5.38%
2.	Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani	0.16%	0.18%	6.54%	1.20%	0.85%	0.40%	13.00%	2.05%
3.	Cakupan penolong persalinan tenaga terlatih	1.97%	4.16%	25.30%	3.83%	41.34%	3.89%	0.00%	10.57%
4.	Cakupan pelayanan nifas	0.35%	0.00%	2.51%	0.84%	5.57%	0.11%	0.67%	1.12%
5.	Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	0.00%	0.32%	0.97%	0.61%	0.42%	0.08%	0.00%	0.48%
6.	Cakupan kunjungan bayi	2.37%	0.87%	8.35%	2.51%	9.75%	0.42%	0.35%	3.51%
7.	Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 80%	1.19%	1.12%	12.23%	3.76%	3.86%	6.38%	56.21%	5.53%
8.	Cakupan anak balita	45.00%	4.84%	6.73%	9.20%	3.91%	0.25%	1.27%	10.06%
9.	Cakupan MP ASI anak 6-24 bln keluarga miskin	0.10%	0.10%	0.07%	1.50%	0.12%	0.14%	0.00%	0.40%
10.	Cakupan gizi buruk (balita) mendapatkan perawatan	3.51%	4.30%	13.73%	4.57%	8.89%	0.88%	4.10%	6.37%
11.	Cakupan penjangkaran kes siswa SD & setingkat	13.55%	1.45%	3.12%	14.58%	8.46%	1.81%	12.52%	6.58%

No.	SPM	Regional							
		1	2	3	4	5	6	7	8
12.	Cakupan peserta KB aktif	0.29%	0.07%	0.80%	0.77%	1.64%	1.19%	0.00%	0.57%
13.	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit								
	a. Cakupan Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	0.40%	0.03%	0.01%	0.02%	0.02%	0.00%	0.00%	0.06%
	b. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita DBD	17.76%	0.09%	0.68%	1.93%	1.47%	0.00%	0.00%	2.58%
	c. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita Diare	1.29%	0.07%	1.74%	0.02%	0.72%	0.07%	6.78%	0.70%
	d. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita pneumonia balita	0.08%	0.05%	0.08%	0.01%	0.60%	0.00%	0.00%	0.08%
	e. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita TB	3.53%	0.57%	1.96%	1.36%	2.33%	0.23%	2.37%	1.47%
	f. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita HIV	0.93%	0.04%	0.02%	0.50%	0.03%	0.04%	0.00%	0.23%
	g. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita malaria	0.01%	0.18%	0.94%	0.32%	0.24%	0.83%	0.00%	0.40%
14.	Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin	1.17%	75.44%	5.44%	39.33%	4.09%	79.07%	0.87%	39.22%
15.	Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	0.00%	0.06%	0.18%	0.05%	0.76%	0.00%	0.00%	0.11%
16.	Cakupan Desa Siaga Aktif	2.73%	0.05%	0.97%	7.80%	1.36%	3.44%	0.00%	2.54%

Keterangan Regional :

1. Sumatera
2. Jawa Bali
3. Nusa-Tenggara
4. Kalimantan
5. Sulawesi
6. Maluku
7. Papua
8. Indonesia

Dari table.5.29. di atas terlihat, bahwa secara umum, proporsi penggunaan biaya terbanyak oleh Puskesmas adalah untuk kegiatan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin (39,22 %), sedangkan yang paling sedikit penemuan

kasus AFP (Acute Flacid Paralysis) sebesar 0,06% dan untuk penemuan dan penanganan kasus pneumonia pada balita (0,08%)

Pada regional Sumatera proporsi penggunaan biaya terbanyak adalah untuk kegiatan pelayanan anak balita (45,00 %), namun tidak ada pengeluaran (0,00%) untuk pelayanan neonatus dengan komplikasi dan kegiatan penyelidikan epidemiologi desa/kelurahan yang mengalami KLB dalam waktu kurang dari 24 jam. Sementara, untuk regional Jawa-Bali, proporsi penggunaan biaya terbanyak adalah untuk kegiatan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin (75,44 %), namun tidak ada pengeluaran (0,00 %) untuk pelayanan nifas.

Untuk regional Nusa Tenggara, proporsi penggunaan biaya terbanyak adalah untuk kegiatan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (25,33 %) dan hanya 0,01 % proporsi biaya yang dikeluarkan untuk penemuan kasus AFP (Acute Flacid Paralysis). Pada regional Kalimantan, proporsi penggunaan biaya terbanyak adalah untuk kegiatan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin (39,33 %), dan hanya 0,02 % proporsi biaya yang dikeluarkan untuk penemuan kasus AFP (Acute Flacid Paralysis).

Pada regional Sulawesi, proporsi penggunaan biaya terbanyak adalah untuk kegiatan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (41.34 %) dan hanya 0,02 % proporsi biaya yang dikeluarkan untuk penemuan kasus AFP (Acute Flacid Paralysis) dan

#### **5.1.3.2. Kegiatan menurut urusan Kementerian Dalam Negeri**

Pada setiap pembiayaan program dan kegiatan yang dilakukan oleh oleh semua sektor, dalam hal ini khususnya sektor kesehatan haruslah ada mekanisme pertanggungjawaban yang jelas. Pembiayaan kegiatan ini harus mengacu pada kode mata anggaran yang telah disusun, baik oleh Kementerian Dalam Negeri ataupun Kementerian Kesehatan. Berikut di bawah ini adalah proporsi penggunaan dana operasional Puskesmas berdasarkan program dan kegiatan urusan pemerintah daerah menurut kementerian Dalam Negeri. Apabila dilihat menurut klasifikasi sesuai dengan mata anggaran Kementerian dalam negeri, klasifikasi pembiayaan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel.5.30. proporsi penggunaan dana operasional Puskesmas berdasarkan program dan kegiatan urusan pemerintah daerah menurut kementerian Dalam Negeri

No	Program	Regional							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Pelayanan Administrasi Perkantoran	62.8%	38.5%	12.8%	58.5%	45.2%	45.5%	17.4%	46.7%
2	Peningkatan sarana dan prasarana aparatur, disiplin aparatur	3.9%	3.7%	2.3%	2.7%	2.6%	0.7%	3.1%	3.0%
3	Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	0.4%	0.1%	0.4%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%	0.4%
4	Peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja dan keuangan	0.2%	0.0%	0.5%	1.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.6%
5	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	2.0%	0.9%	1.6%	0.9%	1.9%	1.4%	0.9%	1.4%
6	Obat dan Perbekalan Kesehatan	0.1%	0.0%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.8%	0.2%
7	Upaya Kesehatan Masyarakat dan Perorangan	14.1%	23.9%	67.3%	14.8%	36.5%	41.2%	60.8%	28.2%
8	Pengawasan Obat dan Makanan	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
9	Pengembangan Obat Asli Indonesia	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	3.3%	4.6%	1.7%	2.9%	3.4%	0.9%	2.7%	3.0%
11	Perbaikan Gizi Masyarakat	1.3%	8.5%	1.4%	2.7%	0.5%	0.3%	1.9%	2.8%
12	Pengembangan lingkungan sehat	0.9%	0.3%	1.3%	0.3%	0.9%	0.5%	0.5%	0.6%
13	Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	2.8%	5.8%	2.0%	2.6%	2.4%	1.8%	0.1%	2.9%
14	Standarisasi pelayanan kesehatan	0.0%	1.0%	0.6%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%
15	Pelayanan kesehatan penduduk miskin	0.7%	3.2%	0.2%	4.4%	0.4%	3.1%	1.6%	2.2%
16	Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/ pustu dan jaringannya	0.5%	1.1%	3.3%	2.9%	0.1%	0.8%	3.9%	1.8%
17	Pemeliharaan sarana dan prasarana	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%
18	Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	0.2%	3.2%	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	5.9%	0.8%
19	Peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	0.9%	0.7%	0.3%	0.4%	0.6%	2.0%	0.0%	0.7%
20	Peningkatan pelayanan kesehatan lansia	1.5%	1.4%	0.4%	0.2%	0.5%	0.2%	0.0%	0.7%
21	Pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
22	Peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak	4.1%	3.1%	3.2%	4.1%	4.2%	1.4%	0.0%	3.6%

Keterangan Regional :

1. Sumatera
2. Jawa Bali
3. Nusa-Tenggara
4. Kalimantan
5. Sulawesi
6. Maluku
7. Papua
8. Indonesia

Dari table 5.30. di atas dapat disimpulkan bahwa dari seluruh mata anggaran untuk urusan pemerintahan daerah menurut kementerian dalam negeri, penggunaan dana operasional Puskesmas terbanyak adalah untuk mata anggaran pelayanan administrasi perkantoran, secara nasional adalah 46,7%. Apabila dilihat berdasarkan regional, maka penggunaan dana operasional Puskesmas untuk mata anggaran pelayanan administrasi perkantoran yang melebihi persentase nasional adalah di regional Sumatra (62,8%) dan Kalimantan (58,5%).

Mata anggaran untuk upaya kesehatan masyarakat dan perorangan menggunakan dana operasional dengan proporsi terbesar ke-2. Secara nasional persentasenya 28,2%, sedangkan apabila ditinjau berdasarkan regionalnya, maka regional yang mempunyai persentase lebih tinggi dari persentase nasional adalah regional Nusa Tenggara (67,3%), Papua (60,8%), Maluku (41,2%) dan Sulawesi (36,5%).

Mata anggaran promosi kesehatan dan upaya pemberdayaan masyarakat yang seharusnya penting dilakukan ternyata persentasenya sangat kecil. Presentase nasional untuk mata anggaran ini hanya 3% dari seluruh dana operasional. Regional Maluku merupakan regional yang menggunakan persentase dana paling kecil untuk mata anggaran ini (0,9%).

### 5.1.3.3. Program UKBM

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) terdiri dari berbagai kegiatan, namun demikian terdapat 4(empat) upaya yang paling penting sebagai indikator terlaksananya UKBM, antara lain: Posyandu balita dan lansia, Polindes dan Poskesdes. Berikut di bawah ini adalah proporsi penggunaan dana operasional Puskesmas berdasarkan program 4 (empat) UKBM.

Tabel 5.31.

Proporsi Penggunaan Dana Operasional Puskesmas Berdasarkan Program Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

No.	Program UKBM	Regional							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Posyandu	88.07%	64.51%	58.85%	70.85%	65.06%	62.00%	57.31%	68.87%
2	Polindes	0.01%	1.96%	0.00%	2.16%	4.77%	0.00%	42.69%	2.33%
3	Poskesdes	0.00%	0.04%	3.92%	1.12%	10.55%	0.00%	0.00%	2.06%
4	Posyandu Lansia	11.92%	33.49%	37.23%	25.87%	19.61%	38.00%	0.00%	26.73%

Keterangan Regional :

1. Sumatera
2. Jawa Bali
3. Nusa-Tenggara
4. Kalimantan
5. Sulawesi
6. Maluku
7. Papua
8. Indonesia

Dari table 5.31. di atas secara nasional persentase terbesar dana operasional UKBM digunakan untuk Posyandu balita (68.87%) dan Posyandu lansia (26,73%).

#### 5.1.3.4. Program yang terkait dengan target MDG's

Tabel 5.32. Program yang terkait target MDG's

No.	Program terkait MDGs	Regional							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Sanitasi Lingkungan	4.67%	34.36%	68.64%	65.01%	69.21%	79.67%	100.00%	45.76%
2	Promosi Kesehatan	95.33%	65.64%	31.36%	34.99%	30.79%	20.33%	0.00%	54.24%

Keterangan Regional :

1. Sumatera
2. Jawa Bali
3. Nusa-Tenggara
4. Kalimantan
5. Sulawesi
6. Maluku
7. Papua
8. Indonesia

#### 5.1.4 Gambaran output (kinerja) Puskesmas

Gambaran kinerja Puskesmas diukur berdasarkan target pencapaian SPM dan MDGs. Berikut ini adalah rekapitulasi cakupan SPM per regional :

Tabel.5.33.  
 Persentase Cakupan Indikator SPM-BK menurut Regional tahun 2009

No	Indikator SPM	Regional								Target Nasional	Keterangan
		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	Nasional (%)		
1	SPM - 1	85,3	80,5	67,7	79,3	75,6	68,1	42,4	74,2	95	SPM 2015
2	SPM - 2	54,7	70,6	87,9	65,3	73,3	75,1	41	71,5	80	SPM 2015
3	SPM - 3	79,8	79,1	58,4	66,9	65,9	54,4	55,2	67,1	90	SPM 2015
4	SPM - 4	77	83,8	74,4	75,4	70,6	71,4	54	74,7	90	SPM 2015
5	SPM - 5	35,9	71,2	91,7	65	81,8	91,7	92,5	78,3	80	SPM 2010
6	SPM - 6	55,3	74,1	56,2	68,3	60,2	51,8	43,2	61,1	90	SPM 2010
7	SPM - 7	66,4	88,5	47,6	52,9	52	58,2	43	61,7	100	SPM 2010
8	SPM - 8	60,8	65,1	68,4	44,6	56,2	50	43,8	58,5	90	SPM 2010
9	SPM - 9										
10	SPM - 10	66,8	75,6	54,2	82,9	89,6	78	99,5	72,7		SPM 2010
11	SPM - 11	39	46,7	29,6	26	34,6	22,2	97,6	34,6	100	SPM 2010
12	SPM - 12	16,9	52	37,6	10,6	27,7	5,9	8	28,4	70	SPM 2010
13	SPM - 13.1										
	SPM - 13.2	98	94	98,7	96,9	97,1	95,5	100	96,9	100	SPM 2010
	SPM - 13.3	73,9	69,8	62,7	66,9	69,4	75,2	84	69,4	100	SPM 2010
	SPM - 13.4	89,1	94,3	81,7	95,6	94,8	100	-	92,3	100	SPM 2010
	SPM - 13.5	92,7	96,3	95	95	97	96,3	100	95,5	100	SPM 2015
14	SPM - 14									100	SPM 2015
15	SPM - 15										
16	SPM - 16									100	SPM 2015
17	SPM - 17	100	92,9	81,1	70,6	84,4	50	-	78,9	200	SPM 2015
18	SPM - 18										

Keterangan Regional :

- |              |                  |             |              |
|--------------|------------------|-------------|--------------|
| 1. Sumatera  | 3. Nusa Tenggara | 5. Sulawesi | 7. Papua     |
| 2. Jawa Bali | 4. Kalimantan    | 6. Maluku   | 8. Indonesia |

Secara Nasional, cakupan antar SPM bervariasi dari yang terendah SPM – 12 (Cakupan Peserta KB Aktif) sebesar 28,4 % sampai yang tertinggi SPM – 13.2 (penemuan penderita pneumonia balita) sebesar 96,9 %. Berdasarkan data pada table.5.33. di atas, tidak ada satupun cakupan indikator SPM yang sudah memenuhi target.

Beberapa hal yang harus dijelaskan adalah tingginya pencapaian indikator SPM – 4 (Cakupan Pelayanan Nifas) secara Nasional bahkan bila dibandingkan dengan SPM – 1 (Cakupan kunjungan ibu hamil) dan SPM-3 (Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan). Kondisi ini terutama dipengaruhi oleh pencapaian dari regional 2 (Jawa Bali), 3 (Nusa Tenggara), dan 6 (Maluku).

Harus diperhatikan bahwa sampel penelitian ini adalah puskesmas. Dengan demikian, hasil yang tercantum disini adalah data yang tercatat di puskesmas. Kemungkinan masih ada data SPM dari fasilitas pelayanan kesehatan lain yang belum diintegrasikan dengan data puskesmas. Hal ini juga yang dapat terjadi pada cakupan SPM-12 (cakupan peserta KB Aktif) yang tercatat hanya 28,4 % dimana data ini adalah data yang tercatat di puskesmas.

Adapun pencapaian Indikator Millenium Development Goals (MDGs) adalah sebagai berikut :

Tabel.5.34.  
Cakupan MDG's per Regional

No	MDGs	Regional							Nasional
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Sanitasi Lingkungan								
	Rumah Sehat (%)	37,6	21,3	20,3	11,6	36	30,3	46,9	26,2
	Bebas jentik (%)	28,7	27,9	15,2	18,7	30,3	19	0	23,4
2	Promosi Kesehatan								
	Frek Penyuluhan per Puskesmas	22,6	45,6	45	21	20	24	4,8	31,9
	Proporsi rumah PHBS (%)	60,2	101,2	23,9	41,8	50,3	79,7	0	56,1
3	UKBM								
	<b>Posyandu</b>								
	Rata-rata jml Posyandu per Puskesmas	23	38	28	19	16	12	9	23
	Proporsi Posyandu Mandiri per Puskesmas (%)	8,1	19,3	2,2	5,8	5,8	2,8	2,0	7,2
	<b>Polindes</b>								
	Rata-rata jumlah Polindes per Puskesmas	1	4	4	3	1	2	1	2
	Desa memiliki Polindes per Puskesmas (%)	9,6	37,9	50,9	38,2	11,6	26,4	5,2	28,4
	<b>Poskesdes</b>								
	Rata-rata jumlah Poskesdes per Puskesmas	2	3	2	2	3	2	2	2
	Proporsi Poskesdes per Puskesmas (%)	41,7	34,5	33,7	30,2	53,2	27,3	10,4	35,6
4	Pusling Integrasi	1	1	1	1	1	1	3	1
5	Penyuluhan integrasi (%)	7,6	11,5	8,4	9,2	12,9	9,1	0	9,6

Keterangan Regional :

- |              |                  |             |              |
|--------------|------------------|-------------|--------------|
| 1. Sumatera  | 3. Nusa Tenggara | 5. Sulawesi | 7. Papua     |
| 2. Jawa Bali | 4. Kalimantan    | 6. Maluku   | 8. Indonesia |

#### 5.1.4.1 Cakupan kunjungan ibu hamil K-4

Cakupan Nasional untuk indikator Kunjungan Ibu Hamil K-4 adalah 75,26%. Cakupan indikator SPM-1 bervariasi antar regional dengan rentang 46,3%. Regional Papua memiliki cakupan yang paling rendah (39,7%, CI 95% : 27% - 52,4%), sedangkan Regional Sumatera memiliki cakupan paling tinggi (86%, CI95 %: 81,8% – 90,13%).

Tabel.5.35.  
Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4 menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	95% CI
1.	Sumatera	<b>77</b>	<b>86</b>	2,08	81,8 – 90,13
2.	Jawa – Bali	<b>85</b>	<b>81,2</b>	1,54	79,1 – 84,2
3.	Nusa Tenggara	<b>87</b>	<b>67,7</b>	2,41	62,9 – 72,5
4.	Kalimantan	<b>54</b>	<b>79,6</b>	2,15	75,3 – 84
5.	Sulawesi	<b>62</b>	<b>76,3</b>	2,32	71,7 – 81
6.	Maluku	<b>57</b>	<b>67,6</b>	2,79	62 – 73,2
7.	Papua	<b>15</b>	<b>39,7</b>	5,93	27 – 52,4
8.	Nasional	<b>437</b>	<b>75,26</b>	1	73,3 – 77,23

#### 5.1.4.2 Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

Regional Nusa Tenggara memiliki capaian cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani yang terbaik bila dibandingkan dengan regional lain (37,9%, CI 95% : 30,7% - 45,1%). Seperti halnya cakupan kunjungan ibu hamil K-4, dalam pencapaian indikator ini Regional Maluku memiliki capaian yang terburuk. Data table.5.36. menunjukkan cakupan Nasional indikator komplikasi kebidanan yang ditangani sebesar 28% dengan rentang 24,9%.

Tabel.5.36.  
Cakupan Komplikasi Kebidanan yang Ditangani  
per Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	95% CI
1.	Sumatera	63	16,54	3,44	9,7 - 23,4
2.	Jawa - Bali	60	35,07	4,32	26,4 - 43,7
3.	Nusa Tenggara	57	37,9	3,6	30,7 - 45,1
4.	Kalimantan	53	34	3,8	26,4 - 41,6
5.	Sulawesi	43	25,45	4,25	18,9 - 34
6.	Maluku	31	13	4	4,86 - 21,2
7.	Papua	9	26,46	10,5	2,2 - 50,7
8.	Nasional	316	28	1,56	24,7 - 31,3

#### 5.1.4.3 Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan

Rentang pencapaian Indikator SPM-3 relatif tidak selebar Indikator SPM-1 dan SPM-2. Cakupan SPM-3 yang tertinggi adalah Regional Sumatera (84%, CI 95% : 80,5% - 87,5%) dan terendah Regional Maluku (56,9%, CI 95% : 51% - 63%). Secara Nasional, cakupan SPM-3 adalah sebesar 72,7%.

Satu hal yang agak sulit untuk dijelaskan disini adalah lebih tingginya angka cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan dibandingkan cakupan kunjungan ibu hamil K-4 di Regional Papua. Kemungkinan hal ini dapat terjadi karena :

1. Faktor perbedaan denominator sebagai dasar perhitungan kedua SPM tersebut. Menurut Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, perhitungan sasaran untuk ibu hamil adalah  $1,1 \times \text{CBR} \times \text{Jumlah penduduk}$ , sedangkan untuk sasaran ibu bersalin ditentukan dengan rumus :  $1,05 \times \text{CBR} \times \text{Jumlah penduduk}$ . Asumsinya adalah bila capaian K4 adalah 1000 dari 2000 ibu hamil, maka cakupan K4 adalah sebesar 50 %. Bila seluruh ibu tersebut (1000 ibu hamil) seluruhnya ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan, sementara hanya ada 1800 ibu bersalin, maka cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 56,67 %. Dengan demikian angka cakupan SPM-3 di puskesmas tersebut lebih tinggi daripada SPM-1.
2. Bisa terjadi ada ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan K-4, namun kemudian melakukan pertolongan persalinan pada tenaga kesehatan, sehingga akan memperbesar angka numerator.

Tabel.5.37.  
Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	88	84	1,75	80,5 – 87,5
2.	Jawa – Bali	89	83,2	1,56	80,1 – 86,3
3.	Nusa Tenggara	97	67,5	2,36	62,8 – 72,2
4.	Kalimantan	63	70	2,3	65,8 – 75
5.	Sulawesi	64	70,5	2,32	66 – 75,2
6.	Maluku	61	56,9	2,96	51 – 63
7.	Papua	15	60	6,63	45,8 – 74,2
8.	Nasional	477	72,7	1	70,7 – 74,6

#### 5.1.4.4 Cakupan pelayanan nifas

Rentang pencapaian Indikator SPM-4 sebesar 43,4%, yang tertinggi Regional Jawa Bali (95,4 %, CI 95 % : 80,6 % – 90,2 %) dan terendah Papua (52 %, CI 95 % : 28 % - 76 %). Secara Nasional, cakupan SPM-4 adalah sebesar 78,5 %.

Tabel.5.38.  
Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	76	80,5	2,5	75,5 – 85,5
2.	Jawa – Bali	56	95,4	2,38	80,6 – 90,2
3.	Nusa Tenggara	78	74,1	2,81	68,5 – 80
4.	Kalimantan	38	77	2,67	71,5 – 82,3
5.	Sulawesi	62	70,5	3,01	64,4 – 76,5
6.	Maluku	37	72,1	3,74	64,5 – 79,7
7.	Papua	6	52	9,36	28 – 76
8.	Nasional	343	78,5	1,2	74,2 - 79

#### 5.1.4.5 Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Rentang pencapaian Indikator SPM-5 sebesar 58,1%, yang tertinggi Regional Papua (92,5%, CI 95% : 84,2% – 101%) dan terendah Regional Sumatera (34,4%, CI 95% : 10,7% - 58,2%). Secara Nasional, cakupan SPM-5 adalah sebesar 76,7%.

Satu hal yang menjadi perhatian dalam pencapaian cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah tingginya cakupan tersebut di Regional Papua dan Maluku dibandingkan dengan Regional Sumatera dan Jawa Bali. Asumsi yang diperoleh adalah regional Jawa Bali dan Sumatera yang secara nyata memiliki sumber daya kesehatan dan infrastruktur yang lebih baik daripada Regional Papua dan Maluku ternyata memiliki cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani yang lebih jelek daripada Regional Papua dan Maluku. Kondisi ini dapat terjadi karena memang demikian adanya atau ada kemungkinan lain seperti adanya perbedaan di dalam menetapkan numerator maupun denominator (sasaran).

Tabel.5.39.  
Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani Menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	95% CI
1.	Sumatera	15	34,4	11	10,7 – 58,2
2.	Jawa – Bali	86	70,8	4,64	61,6 – 80
3.	Nusa Tenggara	78	90,6	2,66	85,3 – 95,9
4.	Kalimantan	38	63,45	6,7	49,9 – 73
5.	Sulawesi	43	81,8	5,01	71,7 – 92
6.	Maluku	14	91,7	7,15	76,2 – 107
7.	Papua	9	92,5	3,63	84,2 – 101
8.	Nasional	293	76,7	2,245	72,3 – 81,1

#### 5.1.4.6 Cakupan Kunjungan bayi

Rentang pencapaian Indikator SPM-6 sebesar 23,9%, yang tertinggi Regional Jawa Bali (71,8%, CI 95% : 64,7% – 79%) dan terendah Regional Papua (47,8%, CI 95% : 21% - 74,5%). Secara Nasional, cakupan SPM-6 adalah sebesar 61,1%.

Tabel.5.40  
Cakupan Kunjungan Bayi menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	45	57,9	5,76	46,3 – 69,5
2.	Jawa – Bali	64	71,8	3,55	64,7 – 79
3.	Nusa Tenggara	41	56	5,81	44,3 – 67,8
4.	Kalimantan	27	70,6	4,5	61,4 – 80
5.	Sulawesi	35	56,9	5,68	45,3 – 68,4
6.	Maluku	32	54	6	41,8 – 66,4
7.	Papua	8	47,8	11,3	21 – 74,5
8.	Nasional	252	61,6	2,11	57,4 – 65,7

#### 5.1.4.7 Cakupan desa / kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

Rentang pencapaian Indikator SPM-7 sebesar 48,33%, yang tertinggi Regional Jawa Bali (87,6%, CI 95% : 82,3% – 93%) dan terendah Regional Papua (39,27%, CI 95% : 17,8% - 60,7%). Secara Nasional, cakupan SPM-7 adalah sebesar 63,57%.

Tabel.5.41.  
Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	86	72,3	4,57	63,2 – 81,4
2.	Jawa – Bali	105	87,6	2,67	82,3 – 93
3.	Nusa Tenggara	94	46,6	4,36	38 – 55,2
4.	Kalimantan	61	56,2	4,73	46,8 – 65,7
5.	Sulawesi	57	51,2	5,7	39,8 – 62,6
6.	Maluku	53	58,25	5,477	47,3 – 69,2
7.	Papua	10	39,27	9,5	17,8 – 60,7
8.	Nasional	466	63,57	1,9	59,8 – 67,3

#### 5.1.4.8 Cakupan pelayanan anak Balita (D/S)

Cakupan Nasional untuk Indikator SPM-8 adalah sebesar 57,66%, yang tertinggi Regional Nusa Tenggara (66,9%, CI 95% : 61,6% – 72,2%) dan terendah Regional Papua (43,86%, CI 95% : 35% - 52,7%).

Tabel.5.42.  
Cakupan pelayanan anak Balita (D/S) menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	100	59,8	2	55,7 – 64
2.	Jawa – Bali	102	66	1,96	62,3 – 70
3.	Nusa Tenggara	89	66,9	2,66	61,6 – 72,2
4.	Kalimantan	68	42,3	2,255	37,8 – 46,8
5.	Sulawesi	72	55	2,83	49,4 – 60,7
6.	Maluku	59	49,6	2,44	44,7 – 54,5
7.	Papua	14	43,86	4,1	35 – 52,7
8.	Nasional	504	57,66	1	55,66 – 60

#### 5.1.4.9 Cakupan Bayi BGM yang mendapat MP-ASI

Cakupan Nasional untuk Indikator cakupan SPM-9 adalah sebesar 43,86%, yang tertinggi Regional Papua (76,8%, CI 95% : 52% – 102%) dan terendah Regional Nusa Tenggara (21%, CI 95% : 11,2% - 30,8%). Dengan demikian rentang antar regional sebesar 56%.

Tabel.5.43.  
Cakupan Bayi BGM yang mendapat MP-ASI menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	47	53,0322	6,8	39,3 – 69,7
2.	Jawa – Bali	48	36,4175	6,4	23,5 – 49,3
3.	Nusa Tenggara	58	20,9940	4,87	11,2 – 30,8
4.	Kalimantan	38	50,0090	7,27	44,3 – 73,7
5.	Sulawesi	50	46,3968	6,465	33,4 – 59,4
6.	Maluku	31	48,8204	8,97	30,5 – 67,1
7.	Papua	12	76,7997	11,26	52 – 102
8.	Nasional	284	43,8571	2,73	38,48 – 49,2

#### 5.1.4.10 Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan

Cakupan Nasional untuk Indikator SPM-10 adalah sebesar 73,8%, yang tertinggi adalah Regional Papua (99,5%, CI 95% : 98,6% – 100,6%) dan terendah Regional Nusa Tenggara (53,6%, CI 95% : 43,64% - 63,6%).

Tabel.5.44.  
Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	65	70,6	5,5	59,6 – 81,56
2.	Jawa – Bali	58	77,8	4,86	68 – 87,56
3.	Nusa Tenggara	88	53,6	5	43,64 – 63,6
4.	Kalimantan	41	84,2	5	74 – 94,4
5.	Sulawesi	48	88,5	4	80,5 – 96,5
6.	Maluku	41	79,8	5,8	68 – 91,5
7.	Papua	13	99,5	4,9	98 – 100,6
8.	Nasional	352	73,8	2,17	69,5 – 78

#### 5.1.4.11 Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat

Perhatian khusus perlu dilakukan ketika menginterpretasikan hasil tabel SPM-11 berikut, khususnya ketika melihat cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat untuk Regional Papua. Data Papua hanya diperoleh dari 1 puskesmas, sehingga tidak dapat menggambarkan angka Regional Papua secara keseluruhan. Hal ini juga mengakibatkan tidak adanya SD dan CI 95 % untuk regional tersebut.

Dengan menyertakan Regional Papua di dalam perhitungan maka akan diperoleh nilai cakupan SPM-11 secara Nasional sebesar 29,3% (CI 95% : 22% - 36,6%). Regional Kalimantan merupakan regional yang memiliki cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat yang paling rendah (26,75%, CI 95% : - 16,3% – 66%) .

Tabel.5.45.  
Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	5	21,37	15,4	-21,4 - 64,2
2.	Jawa - Bali	20	38	8,86	23,7 - 52,4
3.	Nusa Tenggara	29	29,5	5,13	19 - 40
4.	Kalimantan	4	26,75	16	-24,1 - 77,6
5.	Sulawesi	6	24,83	16	-16,3 - 66
6.	Maluku	7	14,3	14,3	-20,7 - 49,2
7.	Papua	1	97,6		
8.	Nasional	71	29,3	3,7	22 - 36,6

#### 5.1.4.12 Cakupan peserta KB aktif

Dari data pada table.5.46. terlihat adanya kesenjangan yang cukup besar antara cakupan peserta KB aktif di regional Papua, Maluku, dan Kalimantan bila dibandingkan dengan regional lainnya. Data ini merupakan data yang diperoleh dari puskesmas sehingga diperkirakan masih ada data mengenai cakupan peserta KB aktif ini yang luput dan tidak tercatat di puskesmas, sehingga sangat mungkin terjadi *underreporting*.

Terlihat bahwa Regional Maluku merupakan regional yang memiliki cakupan peserta KB aktif yang terendah (5,9 %, CI 95 % : 3,8 % - 8 %), sedangkan Regional Jawa-Bali memiliki angka cakupan yang tertinggi (50 %, CI 95% : 43,1% - 56,7%). Cakupan peserta KB Aktif secara Nasional sebesar 28,3% (CI 95% : 25,5% - 31,2%).

Tabel.5.46.  
Cakupan peserta KB aktif menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	79	17	2,77	11,4 - 22,45
2.	Jawa - Bali	100	50	3,41	43,1 - 56,7
3.	Nusa Tenggara	91	37,3	3,1	31,1 - 43,5
4.	Kalimantan	52	11,6	2,1	7,2 - 15,6
5.	Sulawesi	67	28,3	3,46	21,4 - 35,2
6.	Maluku	47	5,9	1,1	3,8 - 8
7.	Papua	7	8,6	2,2	3,25 - 14
8.	Nasional	443	28,3	1,46	25,5 - 31,2

#### 5.1.4.13 Penemuan Penderita Pneumonia Balita

Seluruh regional sudah memiliki cakupan penemuan penderita pneumonia balita > 80%, dengan rata-rata Nasional 92,1% (CI 95% : 89 – 95%). Tidak terdapat data cakupan penemuan penderita pneumonia balita dari Regional Papua. Cakupan terendah diperoleh oleh Regional Maluku, yakni 80% (CI 95% : 24,5% - 135,5%), sedangkan cakupan tertinggi diperoleh Regional Kalimantan (96,34%, CI 95% : 91,5% - 101,2%). Dengan demikian, diperoleh rentang cakupan sebesar 16,34%.

Tabel.5.47.  
Cakupan Penemuan Penderita Pneumonia Balita menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	70	88,52	3,7	81,2 - 96
2.	Jawa – Bali	79	94,27	2,4	89,6-99
3.	Nusa Tenggara	18	81,75	9	62,8 – 100,8
4.	Kalimantan	50	96,34	2,43	91,5 – 101,2
5.	Sulawesi	40	94,90	2,69	89,5 – 100,3
6.	Maluku	5	80	20	24,5 – 135,5
7.	Papua	-	-	-	-
8.	Nasional	262	92,1	1,55	89 – 95

#### 5.1.4.14 Penemuan pasien baru TB BTA Positif

Berdasarkan table.5.48. rentang antar regional untuk cakupan pasien baru BTA positif adalah 6,9% dengan cakupan tertinggi dimiliki Regional Sumatera (87,7%), dan terendah adalah Regional Maluku (80,8%). Cakupan penemuan pasien baru TB BTA positif Nasional sebesar 84,1% (CI 95% : 81,9% - 88,33%).

Tabel.5.48.  
Penemuan pasien baru TB BTA Positif

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	79	87,7	1,85	84 – 91,4
2.	Jawa – Bali	78	87	2,4	82,3 – 81,8
3.	Nusa Tenggara	85	81,6	2,84	76 – 87,2
4.	Kalimantan	49	82	3,4	75,1 – 88,7
5.	Sulawesi	61	83,46	2,9	77,6 – 89,3
6.	Maluku	44	80,8	4	72,9 – 88,8
7.	Papua	8	84,4	5,5	71,5 – 97,4
8.	Nasional	404	84,1	1,12	81,9 – 88,33

#### 5.1.4.15 Penderita DBD yang dilayani

Tidak ada data mengenai cakupan penderita DBD yang dilayani di Regional Papua. Dengan mengeksklusikan Regional Papua, diperoleh cakupan penderita DBD yang ditangani secara Nasional sebesar 92,09%. Nilai cakupan tertinggi diperoleh Regional Sulawesi (94,90%), sedangkan cakupan terendah diperoleh Regional Maluku (80%, CI 95% : 24,5% - 135,5%). Dengan demikian rentang cakupan penderita DBD yang dilayani adalah sebesar 16,4%.

Tabel.5.49.  
Penderita DBD yang dilayani menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	70	88,5	3,7	81,15 - 95,9
2.	Jawa - Bali	79	94,27	2,37	89,55 - 99
3.	Nusa Tenggara	18	81,75	9,01	62,75 - 100,8
4.	Kalimantan	50	96,34	2,43	91,5 - 101
5.	Sulawesi	40	94,90	2,69	89,5 - 100,3
6.	Maluku	5	80	20	24,5 - 135,5
7.	Papua	-	-	-	-
8.	Nasional	262	92,09	1,55	89 - 95

#### 5.1.4.16 Penemuan penderita Diare

Sebanyak 9 puskesmas lokasi studi yang berada di Regional Papua semuanya menyebutkan cakupan penemuan penderita diare sudah mencakup 100% (sesuai target SPM BK). Hal ini menjadikan Regional Papua memiliki angka cakupan penderita diare yang tertinggi dibandingkan regional lainnya. Cakupan penemuan penderita diare hampir di seluruh regional sudah mencapai > 90%, dengan cakupan terendah diperoleh Regional Sumatera, yakni 89,74%. Angka Nasional cakupan penemuan penderita diare sebesar 95,42%. Dengan demikian rentang penemuan penderita diare antar regional adalah sebesar 10,26%.

Tabel.5.50.  
Penemuan penderita Diare menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	100	89,74	2,75	84,3 – 95,2
2.	Jawa – Bali	99	95,85	1,51	92,9 – 99
3.	Nusa Tenggara	95	95,86	1,72	92,45 – 99,3
4.	Kalimantan	71	97,50	1,52	94,5 – 100,5
5.	Sulawesi	73	97,87	1,25	95,4 – 100,4
6.	Maluku	55	97,56	1,43	94,7 – 100,4
7.	Papua	9	100	0,00	100 – 100
8.	Nasional	502	95,42	0,78	93,9 – 97

#### 5.1.4.17 Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

Sedikitnya responden yang menjawab membuat sulit untuk menyatakan representasi masing-masing regional, hal ini juga terlihat pada rentang CI 95% untuk setiap regional yang sangat lebar dan bahkan sulit untuk dijelaskan. Secara Nasional cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin adalah sebesar 31,5% (CI 95% : 7,82% - 38,2%).

Tabel.5.51.  
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	3	35,52	32,24	103,2 – 174,2
2.	Jawa – Bali	3	36,3	21,52	-56,3 – 129
3.	Nusa Tenggara	3	12,5	12	-18,9 – 63,8
4.	Kalimantan	1	92,5		-
5.	Sulawesi	5	3,42	1,52	4,46 – 12,9
6.	Maluku	2	15,45	11	-123,4 – 154,2
7.	Papua	2	2,15	1,52	-10,6 – 28,06
8.	Nasional	19	31,5	7,2	7,82- 38,2

#### 5.1.4.18 Cakupan pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota

Seperti halnya cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin, sedikitnya responden yang menjawab cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan di kabupaten/kota juga membuat sulit untuk menyatakan representasi masing-masing regional, bahkan untuk Regional Papua tidak ada satupun responden yang mewakili. Secara Nasional cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan di kabupaten/kota adalah sebesar 39,13% (CI 95% : 24,6% - 53,7%).

Tabel.5.52.

Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan di Kabupaten/Kota Menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	1	40	-	-
2.	Jawa - Bali	5	41,8	11,5	10 - 73,6
3.	Nusa Tenggara	2	61,4	35,34	- 387 - 510
4.	Kalimantan	3	13,54	6,3	- 13,5 - 40,6
5.	Sulawesi	5	51	14	12 - 90
6.	Maluku	2	18,4	18	- 216 - 252,5
7.	Papua	-	-	-	-
8.	Nasional	18	39,13	6,9	24,6 - 53,7

#### 5.1.4.19 Cakupan desa / kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam

Secara Nasional, cakupan desa/kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) < 24 jam sebesar 76,6% (CI 95% : 68,4% - 84,8%). Tidak ada satupun puskesmas di Regional Papua yang menjawab pertanyaan mengenai cakupan desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE). Cakupan tertinggi diperoleh Regional Jawa Bali (93,75%, CI 95% : 80,43% - 107%) dan cakupan terendah diperoleh Regional Maluku (50%, CI 95% : 5,3% - 94,7%).

Tabel.5.53.

Cakupan desa / kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam Menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	6	83,3	16,7	40,5 - 126,2
2.	Jawa - Bali	16	93,75	6,25	80,43 - 107
3.	Nusa Tenggara	27	81,4	7,16	66,7 - 96,1
4.	Kalimantan	32	87,5	7,9	51,35 - 83,6
5.	Sulawesi	8	84,4	12,4	55 - 113,8
6.	Maluku	8	50,0	18,9	5,3 - 94,7
7.	Papua	-	-	-	-
8.	Nasional	97	76,6	4,12	68,4 - 84,8

#### 5.1.4.20 Cakupan Rumah Sehat

Hanya ada satu puskesmas di Regional Papua yang menjawab pertanyaan mengenai cakupan rumah sehat dan menyatakan tidak ada satupun rumah sehat di wilayahnya. Dengan mengeluarkan Papua dari perhitungan, maka rentang cakupan rumah sehat antar regional adalah sebesar 22,37% (CI 95% : 14,89% - 37,26%). Cakupan terendah diperoleh Regional Kalimantan (14,89%, CI 95% : 9,4% - 20,3%) dan tertinggi Regional Sulawesi (37,26%, CI 95% : 29,1% - 45,5%). Secara Nasional, cakupan rumah sehat adalah 26,86% (CI 95% : 23,8% - 29,9%).

Tabel.5.54.  
Cakupan Rumah Sehat menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	70	36,08	3,63	28,8 - 43,3
2.	Jawa - Bali	59	23,26	3,76	15,7 - 30,8
3.	Nusa Tenggara	72	20,54	2,6	15,4 - 25,7
4.	Kalimantan	42	14,89	2,7	9,4 - 20,3
5.	Sulawesi	46	37,26	4,07	29,1 - 45,5
6.	Maluku	17	31,27	7,7	15,0 - 47,5
7.	Papua	1	0,00	-	-
8.	Nasional	307	26,86	1,57	23,8 - 29,9

#### 5.1.4.21 Cakupan bebas jentik

Seperti halnya, cakupan rumah sehat, hanya ada satu puskesmas di Regional Papua yang menjawab pertanyaan mengenai cakupan bebas jentik dan menyatakan tidak ada yang bebas jentik. Dengan mengeluarkan Papua dari perhitungan, maka rentang cakupan bebas jentik adalah sebesar 17,53% (CI 95% : 13,43% - 30,96%). Cakupan terendah diperoleh Regional Maluku (13,43%, CI 95% : 3,7% - 23,2%) dan tertinggi Regional Sulawesi (30,96%, CI 95% : 22,1% - 39,8%). Secara Nasional, cakupan bebas jentik adalah 23,97% (CI 95% : 20,8% - 27,2%).

Tabel.5.55.  
Cakupan Bebas Jentik menurut Regional Tahun 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SD	CI 95%
1.	Sumatera	65	27,13	3,4	20,3 - 34,0
2.	Jawa - Bali	53	30,70	4,3	22,1 - 39,3
3.	Nusa Tenggara	59	15,55	2,84	9,9 - 21,2
4.	Kalimantan	37	22,04	3,9	14,1 - 30,0
5.	Sulawesi	36	30,96	4,4	22,1 - 39,8
6.	Maluku	21	13,43	4,7	3,7 - 23,2
7.	Papua	1	0.00		-
8.	Nasional	272	23,97	1,62	20,8 - 27,2

#### 5.1.4.22 Cakupan Penanganan NAPZA

Seperti halnya, cakupan rumah sehat, hanya ada satu puskesmas di Regional Papua yang menjawab pertanyaan mengenai cakupan penanganan NAPZA dan menyatakan tidak ada penanganan NAPZA. Dengan mengeluarkan Papua dari perhitungan, maka rentang cakupan penanganan NAPZA adalah sebesar 17,57% (CI 95% : 13,43% - 30,7%). Cakupan terendah diperoleh Regional Maluku (13,43%, CI 95% : 3,7% - 23,2%) dan tertinggi Regional Sulawesi (31%, CI 95% : 22% - 39%). Secara Nasional, cakupan bebas jentik adalah 24% (CI 95% : 20,8% - 27,2%).

Tabel.5.56.  
Cakupan Penanganan NAPZA menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	65	27,1	3,44	20,2 - 34
2.	Jawa - Bali	53	30,7	4,3	22 - 39,3
3.	Nusa Tenggara	59	15,55	2,84	9,9 - 21,2
4.	Kalimantan	37	22	3,9	14 - 30
5.	Sulawesi	36	31	4,36	22 - 39
6.	Maluku	21	13,43	4,675	3,7 - 23,2
7.	Papua	1	0	-	-
8.	Nasional	272	24	1,62	20,8 - 27,2

### 5.1.4.23 Cakupan Malaria

Seluruh puskesmas di Regional Papua dan Jawa Bali menyatakan sudah memiliki cakupan penanganan malaria sebesar 100%. Secara Nasional, cakupan penanganan malaria sudah cukup baik (93,8%, CI95%: 91,0% – 96,7%), dengan rentang antar regional sebesar 14,9%. Cakupan terendah diperoleh Regional Sumatera (85,1%, CI 95% : 71,4% - 98,9%). Sedikitnya responden dari Regional Jawa Bali dan Regional Papua membuat kesulitan ketika harus menyatakan responden-responen tersebut mewakili masing-masing regionalnya.

Tabel.5.57.  
Cakupan Malaria menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	28	85,1	6,7	71,4 – 98,9
2.	Jawa – Bali	3	100,0	0	100,0 – 100,0
3.	Nusa Tenggara	77	95,0	2,13	90,8 – 99,3
4.	Kalimantan	27	94,0	4	85,7 – 102,4
5.	Sulawesi	14	98,3	1,7	94,6 – 102,0
6.	Maluku	57	94,3	2,26	89,8 – 98,9
7.	Papua	6	100,0	0	100,0 – 100,0
8.	Nasional	212	93,8	1,434	91,0 – 96,7

#### 5.1.4.24 Cakupan HIV / AIDS

Seluruh puskesmas di Regional Papua menyatakan sudah memiliki cakupan penanganan HIV/AIDS sebesar 100%. Secara Nasional, cakupan penanganan HIV/AIDS adalah 52% (CI 95% : 37,7% – 66,4%), dengan rentang antar regional sebesar 80%. Cakupan terendah diperoleh Regional Sulawesi (20%, CI 95% : - 35,5% - 75,5%). Sedikitnya responden dari hampir seluruh regional yang ada membuat kesulitan ketika harus menyatakan responden-responden tersebut mewakili masing-masing regionalnya, hal ini terlihat jelas dari CI 95% untuk cakupan masing – masing regional yang memiliki rentang sangat lebar.

Tabel.5.58.  
Cakupan HIV / AIDS menurut Regional, 2009

No.	Regional	N	Rata-rata	SE	CI 95%
1.	Sumatera	7	57,1	20,2	7,7 – 106,6
2.	Jawa – Bali	8	68,8	16,2	30,5 – 107,0
3.	Nusa Tenggara	8	37,5	18,3	-5,8 – 80,8
4.	Kalimantan	10	60,0	16,3	23,1 – 96,9
5.	Sulawesi	5	20,0	20	-35,5 – 75,5
6.	Maluku	9	44,4	17,6	3,9 – 85,0
7.	Papua	2	100,0	0	100,0 – 100,0
8.	Nasional	49	52,0	7,14	37,7 – 66,4

## 5.2 Gambaran Biaya Keseluruhan yang dikeluarkan Puskesmas

### 5.2.1 Berdasarkan 4 Indikator Milestone

Pada table.5.59. disajikan hasil perhitungan pengeluaran biaya total per Puskesmas per regional. Dari tabel tersebut diketahui bahwa regional Kalimantan mempunyai nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang tertinggi yaitu Rp.512.063.554,- dan nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang terendah adalah regional Maluku dengan besaran Rp.96.744.732,-

Tabel.5.59.  
Pengeluaran biaya total per Puskesmas

REGIONAL	TARGET	SUMATERA	JAWA-BALI	NUSA TENGGARA	KALIMANTAN	SULAWESI	MALUKU	PAPUA	NASIONAL
LINAKES	100	80	79	58	67	66	54	55	67
UCI	100	66	89	48	53	52	58	43	67
D/S	80	61	65	68	45	56	50	44	59
KB AKTIF	70	17	52	38	11	28	6	8	28
Jumlah	350	224	285	212	175	202	169	150	221
Pencapaian		0,640	0,814	0,606	0,500	0,577	0,481	0,429	0,632
Biaya Kesehatan untuk Puskesmas Saat Ini		190.430.941	186.165.300	185.596.502	512.063.554	101.398.424	96.744.732	150.110.755	203.215.744
Biaya Kesehatan Ideal		297.681.239	228.784.604	306.409.320	1.023.542.227	175.864.462	200.953.449	350.258.427	321.689.328
Bantuan Kesehatan untuk Puskesmas yg dibutuhkan		107.250.298	42.619.303	120.812.817	511.478.673	74.466.038	104.208.717	200.147.673	118.473.584
Jumlah Puskesmas		2.271	3.617	458	837	1.127	256	405	8.971
Kebutuhan Biaya Kesehatan		243.565.426.433	154.154.020.112	55.332.270.408	428.107.649.047	83.923.224.899	26.677.431.607	81.059.807.430	1.072.819.829.937

Sedangkan hasil estimasi untuk pengeluaran biaya total ideal untuk mencapai target ke empat indikator kunci dihasilkan angka rata-rata nasional sebesar Rp. 321.689.328,-. Dari nilai tersebut terlihat bahwa untuk regional Kalimantan mempunyai nilai hampir dua kali lebih besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas dengan nilai estimasi sebesar Rp. 1,023,542,227 demikian juga untuk regional Maluku dan Papua. Untuk regional Sulawesi hanya membutuhkan 1.74 kali lebih

besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas yaitu sebesar Rp. 175,864,462, bahkan untuk Jawa-Bali hanya membutuhkan 1.19 kali dengan hasil estimasi sebesar Rp.228.784.604,-

Perbedaan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan capaian rata-rata indikator kunci yang cukup menyolok, dimana regional Papua hanya mencapai 43%, Maluku 48% dan Kalimantan 50%, sedangkan untuk regional Sulawesi mencapai 68%, Nusa Tenggara 61% dan Jawa-Bali mampu mencapai 81%.

Adapun untuk margin atau gap kebutuhan biaya total per Puskesmas yaitu pengeluaran biaya total ideal dikurangi pengeluaran biaya total memberikan hasil yang disajikan pada kolom empat, yang menunjukkan bahwa untuk regional Kalimantan membutuhkan jumlah dana total terbesar yaitu Rp. 511,478,672.70,- sedangkan regional Jawa-Bali membutuhkan jumlah dana total terendah yaitu Rp. 42,619,303.32,-

### **5.2.2 Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDG's**

Pada tabel.5.60. disajikan hasil perhitungan pengeluaran biaya total per Puskesmas per regional. Dari tabel tersebut diketahui bahwa regional Kalimantan mempunyai nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang tertinggi yaitu Rp.281.214.504,- dan nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang terendah adalah regional Maluku dengan besaran Rp.96.744.732,-

Tabel.5.60.  
Pengeluaran biaya total per Puskesmas Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDGs

REGIONAL	TARGET	SUMATERA	JAWA-BALI	NUSA TENGGARA	KALIMANTAN	SULAWESI	MALUKU	PAPUA	NASIONAL
Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4	0,950	0,853	0,805	0,677	0,793	0,756	0,681	0,424	0,742
Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	0,800	0,547	0,706	0,879	0,653	0,733	0,751	0,410	0,715
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.	0,900	0,798	0,791	0,584	0,670	0,659	0,544	0,552	0,671
Cakupan Pelayanan Nifas	0,900	0,770	0,838	0,744	0,754	0,706	0,714	0,540	0,747
Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	0,800	0,359	0,712	0,917	0,650	0,818	0,917	0,925	0,783
Cakupan Kunjungan Bayi	0,900	0,553	0,741	0,562	0,683	0,602	0,518	0,432	0,611
Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	1,000	0,664	0,885	0,476	0,529	0,520	0,582	0,430	0,671
Cakupan pelayanan anak balita (D/S)	0,900	0,608	0,651	0,684	0,446	0,562	0,500	0,438	0,585
Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan (untuk seluruh penduduk)	1,000								
Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	1,000	0,668	0,756	0,542	0,829	0,896	0,780	0,995	0,727
Cakupan penjarangan kesehatan siswa SD dan setingkat	1,000	0,390	0,467	0,296	0,260	0,346	0,222	0,976	0,346
Cakupan peserta KB aktif	0,750	0,169	0,521	0,376	0,106	0,277	0,059	0,080	0,284
Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	1,000								
Penemuan Penderita Pneumonia Balita	1,000	0,980	0,940	0,987	0,969	0,971	0,955	1,000	0,969
Penemuan pasien baru TB BTA Positif	1,000	0,739	0,698	0,627	0,669	0,694	0,752	0,840	0,694
Penderita DBD yang ditangani	1,000	0,891	0,943	0,817	0,956	0,948	1,000	0,955	1,000
Penemuan penderita diare	1,000	0,927	0,963	0,950	0,950	0,970	0,963	1,000	0,955
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	1,000	0,033	0,438	0,125	0,195	0,087	0,154	0,087	0,186
Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	1,000								
Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	1,000	1,000	0,929	0,811	0,706	0,844	0,500		0,789
Cakupan Desa Siaga Aktif (proxy Poliindes dan Poskesdes)	0,800								
<b>Jumlah</b>	19,700	10,949	12,784	11,054	10,818	11,389	10,592	10,084	11,475
<b>Pencapaian</b>		55,58%	64,89%	56,11%	54,91%	57,81%	53,77%	51,19%	0,582
<b>Biaya Kesehatan untuk Puskesmas Saat Ini</b>		190.430.941	186.165.300	185.596.502	281.214.504	101.398.424	96.744.732	150.110.755	170.237.308
<b>Biaya Kesehatan Ideal</b>		342.633.075	286.878.631	330.762.719	512.102.582	175.392.832	179.934.972	293.254.846	292.259.257
<b>Bantuan Kesehatan untuk Puskesmas yg dibutuhkan</b>		152.202.134	100.713.331	145.166.217	230.888.078	73.994.407	83.190.240	143.144.091	122.021.949
<b>Jumlah Puskesmas</b>		2.271	3.617	458	837	1.127	256	405	8.971
<b>Kebutuhan Biaya Kesehatan</b>		345.651.046.648	364.280.116.540	66.486.127.200	193.253.321.033	83.391.696.990	21.296.701.358	57.973.356.920	1.132.332.366.689

Sedangkan hasil estimasi untuk pengeluaran biaya total ideal untuk mencapai target ke 19 indikator SPM dan MDGs dihasilkan angka rata-rata nasional sebesar Rp. 292.259.257,-. Dari nilai tersebut terlihat bahwa untuk regional Kalimantan mempunyai nilai hampir dua kali lebih besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas dengan nilai estimasi sebesar Rp. 512,102,582 sedangkan untuk Papua, Sumatra dan NTB dan NTT diatas angka Nasional. Untuk regional Sulawesi, Maluku dan Jawa Bali masih dibawah angka Nasional. Dengan demikian terdapat variasi kebutuhan biaya total operasional pada masing masing regional dari yang paling kecil di regional Sulawesi dan paling besar di regional Kalimantan.

Perbedaan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan capaian rata-rata indikator kunci yang cukup menyolok, dimana regional Papua hanya mencapai 51%, Maluku 53% dan Kalimantan 56%, sedangkan untuk regional Sulawesi mencapai 57%, Nusa Tenggara 54% dan Jawa-Bali mampu mencapai 64%.

Adapun untuk margin atau gap kebutuhan biaya total per Puskesmas yaitu pengeluaran biaya total ideal dikurangi pengeluaran biaya total memberikan hasil yang disajikan pada kolom empat, yang menunjukkan bahwa untuk regional Kalimantan membutuhkan jumlah dana total terbesar yaitu Rp. 230,888,078,- sedangkan regional Sulawesi membutuhkan jumlah dana total terendah yaitu Rp. 73,994,407,-

### 5.3 Besaran Biaya Operasional yang dikeluarkan Puskesmas per Regional

#### 5.3.1 Berdasarkan 4 Indikator Milestone

Pada table.5.61. disajikan hasil perhitungan pengeluaran biaya operasional per Puskesmas per regional. Dari tabel tersebut diketahui bahwa regional Kalimantan mempunyai nilai pengeluaran biaya operasional per Puskesmas yang tertinggi yaitu Rp. 359,220,863.34,- dan nilai pengeluaran biaya operasional per Puskesmas yang terendah adalah regional Maluku dengan besaran Rp. 94,297,695.13,-

Tabel.5.61  
Pengeluaran biaya operasional per Puskesmas per regional berdasarkan 4 indikator Milestone

REGIONAL	TARGET	SUMATERA	JAWA-BALI	NUSA TENGGARA	KALIMANTAN	SULAWESI	MALUKU	PAPUA	NASIONAL
LINAKES	100	80	79	58	67	66	54	55	67
UCI	100	66	89	48	53	52	58	43	67
D/S	80	61	65	68	45	56	50	44	59
KB AKTIF	70	17	52	38	11	28	6	8	28
Jumlah	350	224	285	212	175	202	169	150	221
Pencapaian		1	1	1	1	1	0	0	1
Biaya Op Kesehatan untuk Puskesmas Saat I		165.636.367	179.946.890	180.854.683	359.220.863	95.075.864	94.297.695	123.103.854	171.162.317
Biaya Operasional Kesehatan Ideal		258.922.414	221.142.596	298.580.845	718.031.423	164.898.674	195.870.583	287.242.327	270.948.941
Bantuan Op Kesehatan untuk Puskesmas yg		93.286.047	41.195.706	117.726.162	358.810.560	69.822.810	101.572.888	164.138.473	99.786.624
Jumlah Puskesmas		2.271	3.617	458	837	1.127	256	405	8.971
Kebutuhan Biaya Operasional Kesehatan		211.852.612.607	149.004.870.397	53.918.582.029	300.324.438.442	78.690.306.946	26.002.659.384	66.476.081.363	886.269.551.168

Sedangkan hasil estimasi untuk pengeluaran biaya operasional ideal untuk mencapai target ke empat indikator kunci dihasilkan angka rata-rata nasional sebesar Rp.270,948,941.00,-. Dari nilai tersebut terlihat bahwa untuk regional Kalimantan mempunyai nilai hampir dua kali lebih besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas dengan nilai estimasi sebesar Rp.718,031,423.01 demikian juga untuk regional Maluku dan Papua. Untuk regional Sulawesi hanya membutuhkan 1.74 kali lebih besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas yaitu sebesar Rp.164,898,674.25,- bahkan untuk Jawa-Bali hanya membutuhkan 1.19 kali dengan hasil estimasi sebesar Rp.221,142,596.22,-

Perbedaan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan capaian rata-rata indikator kunci yang cukup menyolok, dimana regional Papua hanya mencapai 43%, Maluku 48% dan Kalimantan 50%, sedangkan untuk regional Sulawesi mencapai 68%, Nusa Tenggara 61% dan Jawa-Bali mampu mencapai 81%.

Adapun untuk margin atau gap kebutuhan biaya operasional per Puskesmas yaitu pengeluaran biaya operasional ideal dikurangi pengeluaran biaya operasional memberikan hasil yang disajikan pada baris ketiga dari bawah, yang menunjukkan bahwa untuk regional Kalimantan membutuhkan jumlah dana operasional terbesar yaitu Rp.300,324,438,- sedangkan regional Jawa-Bali membutuhkan jumlah dana operasional terendah yaitu Rp.41,195,706,-

### **5.3.2 Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDG's**

Pada table.5.62. disajikan hasil perhitungan pengeluaran biaya total per Puskesmas per regional. Dari tabel tersebut diketahui bahwa regional Kalimantan mempunyai nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang tertinggi yaitu Rp.281.214.504,- dan nilai total pengeluaran biaya per Puskesmas yang terendah adalah regional Maluku dengan besaran Rp.94.297.695,-

Tabel.5.62

Pengeluaran biaya total per Puskesmas per regional Berdasarkan 19 Indikator SPM dan MDGs

REGIONAL	TARGET	SUMATERA	JAWA-BALI	NUSA TENGGARA	KALIMANTAN	SULAWESI	MALUKU	PAPUA	NASIONAL
Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4	0,950	0,853	0,805	0,677	0,793	0,756	0,681	0,424	0,742
Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	0,800	0,547	0,706	0,879	0,653	0,733	0,751	0,410	0,715
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.	0,900	0,798	0,791	0,584	0,670	0,659	0,544	0,552	0,671
Cakupan Pelayanan Nifas	0,900	0,770	0,838	0,744	0,754	0,706	0,714	0,540	0,747
Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	0,800	0,359	0,712	0,917	0,650	0,818	0,917	0,925	0,783
Cakupan Kunjungan Bayi	0,900	0,553	0,741	0,562	0,683	0,602	0,518	0,432	0,611
Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	1,000	0,664	0,885	0,476	0,529	0,520	0,582	0,430	0,671
Cakupan pelayanan anak balita (D/S)	0,900	0,608	0,651	0,684	0,446	0,562	0,500	0,438	0,585
Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 –24 bulan (untuk seluruh penduduk)	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	1,000	0,668	0,756	0,542	0,829	0,896	0,780	0,995	0,727
Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat	1,000	0,390	0,467	0,296	0,260	0,346	0,222	0,976	0,346
Cakupan peserta KB aktif	0,750	0,169	0,521	0,376	0,106	0,277	0,059	0,080	0,284
Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
Penemuan Penderita Pneumonia Balita	1,000	0,980	0,940	0,987	0,969	0,971	0,955	1,000	0,969
Penemuan pasien baru TB BTA Positif	1,000	0,739	0,698	0,627	0,669	0,694	0,752	0,840	0,694
Penderita DBD yang ditangani	1,000	0,891	0,943	0,817	0,956	0,948	1,000	0,955	1,000
Penemuan penderita diare	1,000	0,927	0,963	0,950	0,950	0,970	0,963	1,000	0,955
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	1,000	0,033	0,438	0,125	0,195	0,087	0,154	0,087	0,186
Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	1,000	1,000	0,929	0,811	0,706	0,844	0,500	-	0,789
Cakupan Desa Siaga Aktif (proxy Polindes dan Poskesdes)	0,800	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Jumlah</b>	<b>19,700</b>	<b>10,949</b>	<b>12,784</b>	<b>11,054</b>	<b>10,818</b>	<b>11,389</b>	<b>10,592</b>	<b>10,084</b>	<b>11,475</b>
<b>Pencapaian</b>		<b>55,58%</b>	<b>64,89%</b>	<b>56,11%</b>	<b>54,91%</b>	<b>57,81%</b>	<b>53,77%</b>	<b>51,19%</b>	<b>0,582</b>
<b>Biaya Op Kesehatan untuk Puskesmas Saat Ini</b>		<b>165.636.367</b>	<b>179.946.890</b>	<b>180.854.683</b>	<b>281.214.504</b>	<b>109.103.501</b>	<b>94.297.695</b>	<b>123.103.854</b>	<b>162.022.499</b>
<b>Biaya Operasional Kesehatan Ideal</b>		<b>298.021.412</b>	<b>277.296.130</b>	<b>322.312.037</b>	<b>512.102.582</b>	<b>188.720.605</b>	<b>175.383.742</b>	<b>240.494.440</b>	<b>278.156.273</b>
<b>Bantuan Op Kesehatan untuk Puskesmas yg dibutuhkan</b>		<b>132.385.044</b>	<b>97.349.240</b>	<b>141.457.354</b>	<b>230.888.078</b>	<b>79.617.104</b>	<b>81.086.047</b>	<b>117.390.585</b>	<b>116.133.774</b>
<b>Jumlah Puskesmas</b>		<b>2.271</b>	<b>3.617</b>	<b>458</b>	<b>837</b>	<b>1.127</b>	<b>256</b>	<b>405</b>	<b>8.971</b>
<b>Kebutuhan Biaya Operasional Kesehatan</b>		<b>300.646.435.560</b>	<b>352.112.202.548</b>	<b>64.787.468.086</b>	<b>193.253.321.033</b>	<b>89.728.476.144</b>	<b>20.758.027.969</b>	<b>47.543.187.107</b>	<b>1.068.829.118.446</b>

Studi Operasional Pengaruh BOK terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Mencapai MDGs 2010

Sedangkan hasil estimasi untuk pengeluaran biaya total ideal untuk mencapai target ke 19 indikator SPM dan MDGs dihasilkan angka rata-rata nasional sebesar Rp. 278.156.273,-. Dari nilai tersebut terlihat bahwa untuk regional Kalimantan mempunyai nilai hampir dua kali lebih besar dari pengeluaran biaya total per Puskesmas dengan nilai estimasi sebesar Rp. 512,102,582 sedangkan untuk Sumatra, Jawa/Bali dan NTB dan NTT diatas angka Nasional. Untuk regional Sulawesi, Maluku dan Papua justru dibawah angka Nasional. Dengan demikian terdapat variasi kebutuhan biaya total operasional pada masing masing regional dari yang paling kecil di regional Sulawesi dan paling besar di regional Kalimantan.

Perbedaan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan capaian rata-rata indikator kunci yang cukup menyolok, dimana regional Papua hanya mencapai 51%, Maluku 53% dan Kalimantan 56%, sedangkan untuk regional Sulawesi mencapai 57%, Nusa Tenggara 54% dan Jawa-Bali mampu mencapai 64%.

Adapun untuk margin atau gap kebutuhan biaya total per Puskesmas yaitu pengeluaran biaya total ideal dikurangi pengeluaran biaya total memberikan hasil yang disajikan pada kolom empat, yang menunjukkan bahwa untuk regional Kalimantan membutuhkan jumlah dana total terbesar yaitu Rp. 230,888,078,- sedangkan regional Sulawesi membutuhkan jumlah dana total terendah yaitu Rp. 79,617,704,-

#### **5.4 Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Regional**

Pada table.5.63. disajikan hasil perhitungan kebutuhan biaya operasional per regional. Dari tabel tersebut diketahui bahwa regional Kalimantan mempunyai kebutuhan biaya operasional yang tertinggi yaitu Rp.300,324,438,441.90,- dan nilai pengeluaran biaya operasional per Puskesmas yang terendah adalah regional Maluku dengan besaran Rp.26,002,659,384.50,-

Tabel.5.63.

Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Regional

REGIONAL	KEBUTUHAN BIAYA OPERASIONAL 4 INDIKATOR	KEBUTUHAN BIAYA OPERASIONAL 19 INDIKATOR	JUMLAH PUSKESMAS	JUMLAH DANA 4 INDIKATOR	JUMLAH DANA 19 INDIKATOR
SUMATERA	93,286,046	132.385.044	2271	211,852,612,607.26	300.646.435.560
JAWA-BALI	41,195,706	97.349.240	3617	149,004,870,397.32	352.112.202.548
NUSA TENGGARA	117,726,161	141.457.354	458	53,918,582,028.67	64.787.468.086
KALIMANTAN	358,810,559	230.888.078	837	300,324,438,441.90	193.253.321.033
SULAWESI	69,822,810	79.617.104	1127	78,690,306,945.86	89.728.476.144
MALUKU	101,572,888	81.086.047	256	26,002,659,384.50	20.758.027.969
PAPUA	164,138,472	117.390.585	405	66,476,081,362.50	47.543.187.107
<b>NASIONAL</b>			<b>8971</b>	<b>886,269,551,168.01</b>	<b>1.068.829.118.446</b>

## 5.5 Besaran Biaya Operasional yang dialokasikan per Kabupaten per Puskesmas

Untuk membagi jumlah dana yang ditemukan dari hasil estimasi per regional kepada setiap kabupaten / kota dihitung berdasarkan 6 indikator yang membentuk tipologi daerah yaitu :

- a. **Indeks kapasitas fiskal** adalah gambaran kemampuan keuangan daerah yang dicerminkan melalui pendapat asli daerah (tidak termasuk Dana Alokasi Khusus, Dana Pinjaman Lama dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu) dikurangi dengan belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin.
- b. **Indeks kemahalan konstruksi** adalah perbandingan tingkat kemahalan konstruksi (TKK) suatu kabupaten/kota atau propinsi terhadap tingkat kemahalan konstruksi (TKK) kabupaten/kota atau propinsi lain
- c. **Indeks proporsi penduduk miskin daerah**
- d. **Indeks jumlah penduduk** adalah proporsi jumlah penduduk dibagi dengan jumlah penduduk terbesar pada wilayah tertentu
- e. **Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)**
- f. **Indeks Luas wilayah** adalah proporsi luas wilayah dibagi dengan luas wilayah pada wilayah tertentu

Aplikasi indeks ini diberlakukan secara berbeda, oleh karena setiap indeks ada yang memberi nilai negatif dan positif terhadap jumlah anggaran yang diberikan kepada kabupaten/kota. Indeks yang memberi pengaruh negatif terhadap jumlah anggaran adalah :

- a. Indeks Kapasitas fiskal (semakin besar kapasitas fiskal semakin kecil anggaran akan diberikan)
- b. IPKM (semakin besar IPKM semakin kecil anggaran akan diberikan)

Sedangkan 4 indikator yang lain memberikan pengaruh positif terhadap jumlah anggaran yang dialokasikan kepada kabupaten/kota yaitu :

- a. Indeks kemahalan konstruksi (Semakin mahal maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- b. Indeks Proporsi penduduk miskin daerah (Semakin banyak proporsi penduduk miskin maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- c. Indeks Jumlah penduduk (Semakin banyak jumlah penduduk maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)
- d. Indeks Luas wilayah (Semakin luas wilayah suatu daerah maka akan semakin besar anggaran yang akan dialokasikan)

Perhitungan kedua indeks tsb (IPKM dan Kapasitas Fiskal) =  $1 - \text{Indeks}$

Pada saat perhitungan regresi ganda, dari 6 indeks tersebut dengan *dependent variable* adalah anggaran didapatkan ada 2 indeks yang tidak signifikan, yaitu IPKM dan indeks luas wilayah ( $p > 0,05$ ). Karena anggaran diukur berdasarkan data tahun 2009, sedangkan IPKM diukur tahun 2010, sehingga belum bisa dipakai sebagai dasar penghitungan anggaran. Luas wilayah dan IPKM tidak signifikan, kemungkinan karena selama ini kedua variabel tersebut tidak diperhatikan dalam pengalokasian dana APBD II.

Berdasarkan hasil analisis regresi linier ganda diperoleh  $R^2 = 62,5\%$  artinya variasi keempat variabel tersebut dapat menjelaskan variasi anggaran sebesar 62,5%, selebihnya 37,5% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam survey BOK.

Besar kontribusi masing masing variabel yang signifikan dilihat dari koefisien parsial dengan hasil sebagai berikut :

Tabel.5.64.  
Besar kontribusi dan bobot variabel

No	Variabel	Kontribusi	Bobot
1	Indeks fiscal	42,38%	36,37
2	Jumlah penduduk	41,47%	35,58
3	Luas wilayah	1,34%	1,15
4	IPKM	1,25%	1,07
5	IPPMD	13,03%	11,18
6	IKK	17,06%	14,64

Oleh karena 2 indeks IPKM dan luas wilayah tidak signifikan namun secara substansi dianggap penting, maka dalam perhitungan ini kedua indeks tersebut diberi bobot 37,5% dan dianggap sebagai variabel yang tidak diteliti. Maka besar bobot masing masing variabel menjadi:

Tabel 5.65.  
Besar kontribusi dan bobot variabel

No	Variabel	kontribusi	Bobot
1	Indeks fiscal	50,13%	0,2350
2	Jumlah penduduk	43,82%	0,2050
3	IPPMD	15,52%	0,0730
4	IKK	23,81%	0,1120
5	Luas wilayah		0,1940
6	IPKM		0,1810

Nilai indeks tersebut dijadikan sebagai data dasar untuk dilakukannya regresi linier ganda, sehingga diperoleh persamaan regresi linear ganda yang digunakan untuk menghitung besaran biaya operasional yang sesuai dengan tipologi daerah.

Untuk pengalokasian anggaran di masing masing regional, agar variasi anggaran tidak terlalu lebar, maka data pencilan (outlier) atas di kabupaten Kutai Kartanegara dan data pencilan bawah kota Manado dikeluarkan.

Dari hasil ini maka angka dasar perolehan pada anggaran regional didistribusikan berdasarkan indeks baru dan didapatkan sebagai berikut :

Tabel 5.66.  
Angka dasar anggaran regional berdasarkan indeks baru

Berdasarkan Regional		Jumlah Puskesmas	Jumlah Indeks	Rata-rata Indeks	Biaya Operasional Ideal per Puskesmas di Regional	Biaya Operasional Ideal rata-rata per Puskesmas di Kab/Kota (dalam Juta-an) alternatif I	Biaya Operasional Ideal di Kab/Kota (dalam Juta-an) Alternatif A	Alokasi Dana BOP yg disediakan	BOK Ideal Riil yang diperlukan di Kab/Kota (dlm jutaan) Alternatif B
1 SUMATERA	Min	3	0,371	0,771	298.021.412	144	593	-	593
	Max	39	1,090	0,771	298.021.412	421	11.310	-	11.310
2 JAWA-BALI	Min	3	0,485	0,704	277.296.130	191	661	-	661
	Max	101	1,032	0,704	277.296.130	407	35.386	-	35.386
3 NUSA TENGGARA	Min	5	0,644	0,843	322.312.037	246	1.372	-	1.372
	Max	29	1,032	0,843	322.312.037	395	10.260	-	10.260
4 KALIMANTAN	Min	3	0,459	0,838	512.102.582	280	1.121	-	1.121
	Max	30	1,075	0,838	512.102.582	657	15.559	-	15.559
5 SULAWESI	Min	5	0,544	0,762	188.720.605	135	831	-	831
	Max	37	1,039	0,762	188.720.605	257	7.301	-	7.301
6 MALUKU	Min	3	0,653	0,862	175.383.742	133	631	-	631
	Max	31	1,059	0,862	175.383.742	215	6.461	-	6.461
7 PAPUA	Min	4	0,715	1,227	240.494.440	140	700	-	700
	Max	20	1,787	1,227	240.494.440	350	5.222	-	5.222

Berdasarkan hasil tersebut maka range Biaya operasional Ideal (biaya yang diperlukan agar 19 indikator SPM dan MDG dapat tercapai) bervariasi di setiap regional (alternatif I) dengan demikian maka akan bervariasi pula biaya operasional ideal di Kabupaten/kota. Model alokasi dana Bantuan Operasional Kesehatan yang direkomendasikan adalah ikut terlibatnya Kabupaten/Kota dalam melakukan alokasi anggaran pada masing-masing Kabupaten/Kotanya, dalam hal ini alternatif B (dalam lampiran sudah dibuatkan templatnya sehingga apabila pihak Kabupaten/kota memberikan alokasi anggaran operasional Puskesmas, maka alternatif 2 akan segera terisi).

### **5.5.1 Berdasarkan 19 Indikator (SPM, 12 MDGs)**

#### **5.5.1.1 Indikator SPM**

- 1) Kunjungan Ibu Hamil (K4)
- 2) Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani
- 3) Cakupan penolong persalinan tenaga terlatih
- 4) Cakupan pelayanan nifas
- 5) Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani
- 6) Cakupan kunjungan bayi
- 7) Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)
- 8) Cakupan anak balita (dalam hal ini D/S)
- 9) Cakupan gizi buruk (balita) mendapatkan perawatan
- 10) Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD & setingkat
- 11) Cakupan peserta KB aktif
- 12) Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
- 13) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita DBD
- 14) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita Diare
- 15) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita pneumonia balita
- 16) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita TB
- 17) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita HIV
- 18) Cakupan Penemuan dan penanganan penderita malaria
- 19) Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat (Pelayanan Gawat Darurat)

20) Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam

#### **5.5.1.2 Indikator MDGs**

- 1) Sanitasi Lingkungan : rumah sehat (1) dan bebas jentik (1)
- 2) Promosi Kesehatan : jumlah penyuluhan (2)
- 3) UKBM : Posyandu (2) , Polindes (2) dan Poskesdes (2)
- 4) PUSLING Integrasi : Pusling (1)
- 5) Penyuluhan integrasi : NAPZA (1)

#### **5.6 Gambaran Pembiayaan Kegiatan di Puskesmas**

Pembiayaan kegiatan di Puskesmas berasal dari berbagai sumber anggaran dan dimanfaatkan untuk berbagai kegiatan pula. Di bawah ini diuraikan jumlah anggaran dari berbagai sumber yang terdistribusi untuk 7(tujuh) regional yang ada.

##### **5.6.1 Sumber Anggaran yang digunakan oleh Puskesmas berdasarkan Regional**

Terdapat beberapa sumber anggaran yang bisa digunakan oleh Puskesmas, antara lain yang berasal dari APBD kabupaten/kota, APBD Provinsi, APBN, NGO/LSM, asuransi, pinjaman/hibah, masyarakat dan sumber lain. Tabel di bawah ini menjelaskan jumlah anggaran beserta sumbernya bagi tiap regional di Indonesia selama tahun 2009.

Tabel 5.67.  
Jumlah Anggaran per Regional berdasarkan Sumber Anggaran

Sumber Anggaran	REGIONAL							Persentase
	Sumatra	Jawa - Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Maluku	Papua	Nasional	
APBD Kab/Kota	8.748.429.907	11.406.692.977	6.170.036.079	13.719.212.872	3.522.570.019	1.974.414.097	45.541.355.951	49,62%
APBD PROV	1.377.821.918	156.919.905	346.064.571	400.000.000	13.482.220	77.199.509	2.371.488.123	2,58%
APBN	8.259.384.940	7.029.098.398	7.349.602.508	11.238.349.064	4.293.726.356	2.415.893.760	40.586.055.026	44,22%
NGO/ LSM			53.035.000				53.035.000	0,06%
Asuransi		330.137.531	7.072.440	2.140.000	60.151.132	58.782.000	458.283.103	0,50%
Pinjaman/		700.000.000			800.000.000		1.500.000.000	1,63%
SUMBER LAIN		150.821.500		544.579.361	567.000.000		1.262.400.861	1,38%
<b>TOTAL</b>	18.385.636.765	19.773.670.311	13.925.810.598	25.904.281.297	9.256.929.727	4.526.289.366	91.772.618.064	100,00%

Dari tabel 5.60. di atas, bisa diketahui bahwa regional yang mendapatkan total anggaran paling banyak adalah Kalimantan, sedangkan regional Papua memperoleh anggaran paling sedikit. Apabila dilihat dari sumber anggaran, maka regional Kalimantan, Jawa-Bali dan Sumatra secara berurutan memperoleh paling besar anggarannya dari APBD kabupaten/kota. Sedangkan bagi regional Nusa Tenggara, Maluku dan Papua, porsi terbesar dari anggarannya bersumber pada APBN.

### 5.6.2 Pemanfaatan Anggaran Kesehatan

Secara global, pemanfaatan anggaran kesehatan di Puskesmas bisa dikategorikan menjadi 5 kategori kegiatan, antara lain kegiatan yang termasuk dalam kategori:

1. Standar Pelayanan Minimal (SPM)
2. Millenium Development Goals (MDGs)
3. Upaya Kegiatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)
4. Non Standard Pelayanan Minimal (Non SPM)
5. Supporting Activities

## 1. Non Standard Pelayanan Minimal (Non SPM)

Program kesehatan yang termasuk bukan program Standard Pelayanan Kesehatan (Non SPM) adalah program program yang secara eksplisit tidak termasuk dalam kegiatan yang merupakan indikator Standard Pelayanan Minimal. Namun demikian program ini ada dan menunjang tercapainya indikator standar pelayanan minimal. Dalam penelitian ini, program tersebut dipilah menurut kode mata anggaran urusan pemerintahan daerah Kementerian Dalam Negeri. Table 5.68. menunjukkan proporsi biaya yang dimanfaatkan bagi setiap program tersebut pada setiap regional yang ada di Indonesia.

Tabel 5.68.  
Anggaran yang dimanfaatkan Program Non Standar Pelayanan Minimal (Non SPM) per Regional di Indonesia

No	Program Non SPM	Sumatra	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua	Nasional
DN15	Obat dan Perbekalan Kesehatan	0,23%	0,02%	0,43%	0,46%	0,23%	0,10%	1,08%	0,32%
DN16	Upaya Kesehatan Masyarakat dan Perorangan	46,05%	42,10%	81,67%	41,04%	73,32%	78,72%	77,41%	58,73%
DN17	Pengawasan Obat dan Makanan	0,36%	0,03%	0,06%	0,08%	0,05%	0,02%	0,00%	0,10%
DN18	Pengembangan Obat Asli Indonesia	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
DN19	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	10,84%	8,03%	2,01%	7,93%	6,80%	1,77%	3,42%	6,28%
DN20	Perbaikan Gizi Masyarakat	4,17%	14,91%	1,74%	7,45%	1,02%	0,61%	2,45%	5,78%
DN21	Pengembangan lingkungan sehat	2,90%	0,58%	1,52%	0,84%	1,75%	0,92%	0,58%	1,34%
DN22	Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	8,99%	10,14%	2,42%	7,23%	4,73%	3,53%	0,11%	6,12%
DN23	Standarisasi pelayanan kesehatan	0,14%	1,69%	0,77%	0,63%	0,18%	0,00%	0,07%	0,70%
DN24	Pelayanan kesehatan penduduk miskin	2,33%	5,60%	0,20%	12,19%	0,78%	5,85%	2,02%	4,66%
DN25	Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana & prasarana puskesmas dan jaringannya	1,47%	2,02%	4,02%	8,07%	0,10%	1,56%	5,02%	3,70%
DN27	Pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata	0,19%	0,00%	0,00%	0,06%	0,12%	0,00%	0,27%	0,06%
DN28	Pemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	0,68%	5,62%	0,30%	0,81%	0,00%	0,03%	7,55%	1,71%
DN29	Peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	2,98%	1,30%	0,40%	1,23%	1,30%	3,86%	0,00%	1,38%
DN30	Peningkatan pelayanan kesehatan lansia	4,86%	2,42%	0,52%	0,42%	1,01%	0,34%	0,00%	1,50%
DN31	Pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	0,40%	0,00%	0,01%	0,13%	0,12%	0,06%	0,00%	0,10%
DN32	Peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak	13,31%	5,54%	3,87%	11,43%	8,48%	2,64%	0,03%	7,50%
	Jumlah %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Jumlah Nominal Rupiah	4.727.398.230	6.340.272.151	8.347.297.444	7.518.968.321	3.368.266.928	1.730.956.456	1.233.013.880	33.266.173.410

Dari tabel.5.68. di atas, secara berurutan dari yang paling besar, regional yang paling banyak memanfaatkan biaya non SPM ini adalah regional Nusa Tenggara (Rp. 8.347.297.444,- ) dan yang paling sedikit adalah regional Papua (Rp. 1.233.013.880,-). Bila dilihat dari jenis program, untuk semua regional bisa diketahui bahwa program Upaya Kesehatan Masyarakat dan Perorangan dengan kode DN 16 membutuhkan proporsi paling besar diantara program yang lain, yaitu dengan rata rata nasional sebesar 58,73%. Upaya Kesehatan Masyarakat dan Perorangan ini di regional Nusa Tenggara mempunyai proporsi paling besar diantara regional lainnya dan Kalimantan adalah regional dengan proporsi terkecil dibanding regional lain dalam memanfaatkan dana untuk program ini.

Program non SPM yang memanfaatkan anggaran paling sedikit secara nasional ( $\leq 1\%$ ) adalah sebagai berikut:

1. Program Pengembangan Obat Asli Indonesia (0,02%)
2. Program Pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/rumah sakit mata (0,06%)
3. Program Pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan (0,10%)
4. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan (0,32%)
5. Program Standarisasi pelayanan kesehatan (0,70%)

## 2. Supporting Programs

*Supporting programs* adalah program yang secara tidak langsung mendukung program upaya kesehatan atau yang termasuk kegiatan administratif. Setelah dikelompokkan menurut kategori mata anggaran urusan pemerintahan daerah Kementrian Dalam Negeri, terdapat 5(lima) pengkategorian antara lain DN 01, DN 02/03, DN 05, DN 06 dan DN 09. Berikut di bawah ini adalah table tentang anggaran yang dimanfaatkan untuk setiap program *supporting*.

Tabel.5.69.  
Anggaran yang dimanfaatkan untuk Supporting Program per Regional di Indonesia

	Program Supporting/Administratif	Sumatera	Jawa-Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Sulawesi	Maluku	Papua	Nasional
DN 01	Pelayanan Administrasi Perkantoran	90.57%	88.95%	72.70%	91.46%	89.96%	95.35%	81.09%	89.86%
DN 02/03	Peningkatan sarana dan prasarana aparatur, disiplin aparatur	5.62%	8.58%	13.20%	4.23%	5.21%	1.37%	14.49%	5.74%
DN 05	Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	0.60%	0.30%	2.43%	0.74%	0.72%	0.00%	0.12%	0.68%
DN 06	peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja dan keuangan	0.32%	0.05%	2.78%	2.12%	0.34%	0.31%	0.00%	1.07%
DN 09	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	2.89%	2.11%	8.88%	1.45%	3.77%	2.98%	4.30%	2.65%
	Jumlah %	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Jumlah Nominal Rupiah	10,707,223,957	4,835,033,829	1,787,101,651	13,355,314,167	3,405,555,329	1,577,834,766	337,281,560	36,005,345,259

Dari tabel.5.69. di atas bisa diketahui bahwa sebagian besar anggaran dimanfaatkan untuk program Pelayanan Administrasi Perkantoran (DN 01) (angka nasional 89.86%). Regional yang paling banyak memanfaatkan anggaran Pelayanan Administrasi Perkantoran adalah Maluku (95.35%), sedangkan regional dengan anggaran Pelayanan Administrasi Perkantoran tersedikit adalah Nusa Tenggara (72,70%). Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur (DN 05) memanfaatkan anggaran yang paling sedikit, yaitu secara nasional 0.68%. Regional Maluku bahkan tidak memanfaatkan anggaran untuk Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur (0%). Sedangkan regional Papua tidak memanfaatkan anggaran (0%) untuk peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja dan keuangan.

### 5.6.3 Rekapitulasi

Penggunaan anggaran didasarkan atas 5 (lima) kategori, yaitu SPM, MDGs, UKBM, Non SPM dan *supporting program*. Berikut di bawah ini adalah tabel rekapitulasi yang menggambarkan proporsi pemanfaatan anggaran per kategori program per regional.

Tabel.5.70.  
Rekapitulasi Anggaran yang dimanfaatkan per Regional di Indonesia

No	Kategori Penggunaan	Sumatera (%)	Jawa-Bali (%)	Nusa Tenggara (%)	Kalimantan (%)	Sulawesi (%)	Maluku (%)	Papua (%)	Indonesia (%)
1	SPM	8.17%	26.58%	21.32%	11.71%	10.00%	21.57%	11.35%	15.58%
2	MDGs	0.83%	0.04%	0.70%	0.36%	0.71%	0.26%	0.38%	0.48%
3	UKBM	1.26%	1.01%	2.89%	2.79%	1.23%	0.58%	1.93%	1.90%
4	Non SPM	27.49%	41.06%	61.84%	30.66%	43.79%	40.59%	67.79%	39.40%
5	Supporting	62.25%	31.31%	13.24%	54.47%	44.27%	37.00%	18.54%	42.64%
	Jumlah %	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	Jumlah Nominal Rupiah	17,199,078,150	15,442,099,569	13,497,708,089	24,520,116,467	7,692,393,818	4,264,668,776	1,818,879,940	84,434,944,809

Berdasarkan tabel.5.63. diatas bisa disimpulkan bahwa total anggaran terbesar dimanfaatkan oleh regional Kalimantan (Rp. 24,520,116,467,-), sedangkan terkecil adalah regional Papua (Rp. 1,818,879,940,-). Program yang memanfaatkan anggaran terbanyak adalah kategori *supporting program* (42,64%), sedangkan terkecil adalah kategori program MDGs (0,48%).

### 5.7 Proses Pengelolaan dan Penerimaan Dana BOK di Puskesmas

Pada bagian ini dijelaskan tentang bagaimana prosedur mekanisme yang dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka menerima dana BOK mulai dari mendapatkan SK penetapan Puskesmas BOK, proses pelaksanaan penyusunan perencanaan di Puskesmas, penerimaan dana, pelaporan, hingga pertanggungjawaban dana BOK tersebut. Dana BOK dapat membantu Puskesmas untuk meningkatkan kinerja cakupannya. Sebelum menerima BOK, diharapkan Puskesmas telah

melalui beberapa langkah dan mekanisme yang harus dilalui, diantaranya adalah penerimaan SK penetapan Puskesmas sebagai penerima dana BOK dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat, pembukaan rekening di bank, penyusunan POA dan persetujuan pencairan dana BOK, pelaporan dan pertanggungjawaban penggunaan dana BOK tersebut.

Dalam penjelasan pelaksanaan proses penerimaan dana BOK sampai dengan penggunaan anggarannya terdapat beberapa keterbatasan yang tidak dapat terlihat dalam studi ini, diantaranya adalah:

1. Hasil studi belum dapat menggambarkan keseluruhan proses karena jangka waktu pelaksanaan BOK berlangsung pada sekitar bulan Juli 2010, sedangkan pelaksanaan studi ini diselenggarakan pada akhir Agustus 2010.
2. Banyak Puskesmas yang tidak mengisi kolom tanggal di kuesioner pada semua aktivitas yang ada mulai dari penerimaan SK penetapan Puskesmas penerima dana BOK sampai dengan penyerahan laporan pertanggungjawaban.

Penjelasan dari pelaksanaan proses penerimaan dana BOK Proses pencairan anggaran BOK yang diserahkan ke Puskesmas dan mekanisme perencanaan, penyaluran, dan pemanfaatan dana Bantuan Operasional Kesehatan secara tepat dapat disajikan dalam penjelasan di bawah ini sebagai berikut.

Penjelasan untuk Puskesmas intervensi adalah Puskesmas yang menerima dana BOK sebesar Rp. 100 Juta, dan Puskesmas Kontrol adalah Puskesmas yang menerima dana BOK sebesar Rp. 18 Juta untuk wilayah Barat dan Rp. 22 juta untuk wilayah Timur. Wilayah Puskesmas yang mengisi form tentang mekanisme perencanaan, penyaluran, dan pemanfaatan dana Bantuan Operasional Kesehatan berdasarkan wilayah regional terlihat pada tabel di bawah ini sebagai berikut. Sementara ini baru diperoleh 278 Puskesmas dalam 7 (tujuh) wilayah regional yang mendapatkan dana BOK yang dapat diolah. Hasil tersebut dijelaskan di bawah ini sebagai berikut.

Tabel 5.71.  
Jumlah Puskesmas Intervensi dan Puskesmas Kontrol

No	Regional	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Sumatera	24	18,20	41	28,10
2	Jawa-Bali	22	16,70	46	31,50
3	Nusa Tenggara	17	12,90	18	12,30
4	Kalimantan	25	18,90	8	5,50
5	Sulawesi	8	6,10	11	7,50
6	Maluku	32	24,20	14	9,60
7	Papua	4	4,00	8	5,50
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

Terdapat 278 Puskesmas intervensi dan kontrol yang menerima anggaran, dimana 132 (47,48%) Puskesmas intervensi dan 146 (52,52%) Puskesmas Kontrol. Jumlah Puskesmas intervensi terbanyak adalah regional Maluku sebesar 32 Puskesmas (24,20%) dan untuk Puskesmas kontrol adalah regional Jawa-Bali sebesar 46 Puskesmas atau 31,50%.

Puskesmas intervensi Wilayah kabupaten/ Kota yang menerima dana sebesar Rp. 100 Juta dijelaskan di bawah ini sebagai berikut.

Tabel 5.72.  
Wilayah Kabupaten/ Kota dan Jumlah Puskesmas Intervensi

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Puskesmas	Persentase (%)
1	Gayo Lues	12	9,10
2	Kota Pekanbaru	11	8,30
3	Kota Metro	1	0,80
4	Kota Yogyakarta	2	1,50
5	Sampang	7	5,30
6	Gianyar	13	9,80
7	Lombok Timur	11	8,30
8	Rote Ndao	6	4,50

9	Sambas	20	15,20
10	Kotawaringin Barat	5	3,80
11	Kota Palopo	2	1,50
12	Kota Gorontalo	6	4,50
13	Maluku Tengah	10	7,60
14	Halmahera Selatan	22	16,70
15	Asmat	4	3,00
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>

Terdapat 132 Puskesmas intervensi dari 15 wilayah Kabupaten/ Kota yang menerima dana BOK sebesar Rp. 100 juta. Di Kabupaten Halmahera Selatan terdapat jumlah Puskesmas terbanyak sebesar 22 Puskesmas (15.70%), dan Kota Metro paling sedikit sebanyak 1 Puskesmas (0,80%).

Tabel.5.73.  
Wilayah Kabupaten/ Kota dan Jumlah Puskesmas Kontrol

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Puskesmas	Persentase (%)
1	Aceh Tenggara	7	4,80
2	Kota Medan	33	22,60
3	Kota Jambi	1	0,70
4	Kota Surakarta	14	9,60
5	Sumenep	23	15,80
6	Tabanan	9	6,20
7	Alor	12	8,20
8	Sikka	6	4,10
9	Pontianak	8	5,50
10	Kota Manado	7	4,80
11	Jeneponto	1	0,70
12	Kota Bau- Bau	3	2,10
13	Maluku Tenggara	11	7,50
14	Seram Bagian Timur	3	2,10
15	Merauke	7	4,80
16	Yahukimo	1	0,70
<b>Total</b>		<b>146</b>	<b>100,00</b>

Terdapat 146 Puskesmas kontrol di 16 wilayah Kabupaten/ Kota kontrol yang menerima dana BOK sebesar Rp. 18 Juta untuk wilayah Barat dan Rp. 22 Juta untuk wilayah Timur. Di Kota Medan terdapat jumlah Puskesmas terbanyak sebesar 33 Puskesmas (22,60%), dan beberapa wilayah Kabupaten/ Kota seperti Kota Jambi, Jenepono, dan Yahukimo masing-masing dengan jumlah 1 Puskesmas atau 0,70%.

### 5.7.1 Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK

Selanjutnya, di bawah ini dijelaskan tentang Puskesmas intervensi dan Puskesmas Kontrol yang menerima SK penetapan Puskesmas sebagai penerima dana BOK dari Dinas Kesehatan kabupaten/ Kota, Puskesmas yang membuka rekening untuk menerima dana BOK, dan Puskesmas yang menyerahkan RUK ke Dinas Kesehatan sebagai berikut:

Tabel 5.74.  
Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	<b>Menerima SK:</b>				
1	Ya	125	94,70	124	84,91
2	Tidak	7	5,30	22	15,10
	<b>Membuka Rekening:</b>				
1	Ya	123	93,20	133	91,10
2	Tidak	9	6,80	13	8,90
	<b>Menyerahkan RUK:</b>				
1	Ya	114	86,40	66	45,20
2	Tidak	18	13,60	80	54,80
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel di atas, untuk Puskesmas yang menerima SK penetapan sebagai Puskesmas intervensi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 125 Puskesmas (94,70%) dan yang tidak menerima sebesar 7 Puskesmas (5,30%). Sedangkan Puskesmas kontrol terdapat 124 Puskesmas (84,91%) yang menerima SK penetapan dan yang tidak menerima SK penetapan ada 15,10% atau 22 Puskesmas.

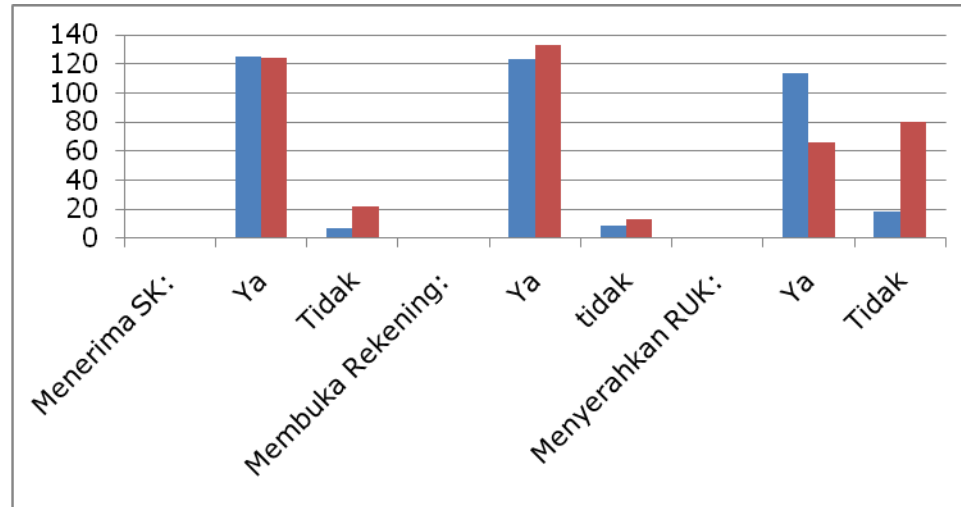
Untuk Puskesmas yang membuka rekening dijelaskan sebagai berikut Puskesmas intervensi yang membuka rekening dana BOK terdapat 123 Puskesmas (93,20%) dan yang tidak membuka rekening terdapat 9 Puskesmas (6,80%). Sedangkan Puskesmas kontrol terdapat 133 Puskesmas (91,10%) dan yang tidak menerima terdapat 8,90% atau 13 Puskesmas.

Penjelasan selanjutnya adalah berkaitan dengan Puskesmas yang menyerahkan RUK. Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang menyerahkan RUK terdapat 114 Puskesmas (86,40%) dan yang tidak menyerahkan RUK terdapat 18 Puskesmas (13,680%). Sedangkan Puskesmas kontrol terdapat 66 Puskesmas (45,20%) dan yang tidak menyerahkan RUK diperoleh persentase sebesar 54,80% atau 80 Puskesmas. Terlihat Puskesmas kontrol yang tidak menyerahkan RUK, hal ini seperti telah diinformasikan di atas adalah kemungkinan data ini menjadi besar karena aktivitas di Puskesmas untuk penyerahan RUK tidak terlihat ketika tim studi terjun ke lapangan.

Sebagaimana terlihat dari informasi dalam tabel bahwa Puskesmas intervensi sejumlah 132 Puskesmas yang menerima SK terdapat 125 Puskesmas, yang mana pada tahap proses berikutnya Puskesmas yang membuka rekening terdapat 123 Puskesmas. Kemudian Puskesmas yang menyerahkan RUK menurun menjadi 114 Puskesmas. Gambaran ini merupakan suatu aktivitas proses yang tidak dapat diambil kesimpulan karena semua kegiatan tersebut di atas tergantung pada kondisi di daerah Kabupaten/ Kota masing-masing, sehingga kondisi ini hanya menggambarkan informasi berdasarkan data yang tertera dalam tabel belaka.

Hal tersebut juga terlihat pada proses di Puskesmas kontrol yang tidak bisa diambil sebagai kesimpulan, dimana dari 146 Puskesmas kontrol yang menerima SK penetapan diperoleh 124 Puskesmas, dan terdapat peningkatan menjadi 133 Puskesmas yang membuka rekening, namun Puskesmas yang menyerahkan RUK terdapat 66 Puskesmas.

Tabel 5.75.  
 Diagram Batang Proses Mekanisme Awal Puskesmas Penerima Dana BOK



Keterangan:

Biru : Puskesmas Intervensi

Merah : Puskesmas Kontrol

**5.7.2 Pencairan Tahap I (Uang Muka)**

Setelah Puskesmas melakukan beberapa prosedur untuk penerimaan dana BOK, maka selanjutnya adalah proses penerimaan pencairan uang muka yang diterima oleh Puskesmas. Terdapat beberapa langkah/ prosedur yang harus dilakukan oleh Puskesmas untuk menerima pencairan anggaran tahap 1 (uang muka) yang dijelaskan sebagai berikut.

Tabel.5.76.  
Aktivitas Puskesmas Pada Proses Pencairan Tahap 1 (Uang Muka)

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
<b>Menyerahkan POA</b>					
1	Menyerahkan	117	88,60	77	52,70
2	Tidak Menyerahkan	15	11,40	69	47,30
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>
<b>Penerima Dana BOK</b>					
1	Menerima Tahap 1	128	97,00	77	52,70
2	Tidak Menerima Tahap 1	4	3,00	69	47,30
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>
<b>Menyerahkan Laporan</b>					
1	Membuat Laporan	67	52,30	34	44,20
2	Tidak /Belum Membuat laporan	61	57,70	43	55,80
<b>Total</b>		<b>128</b>	<b>100,00</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang menyerahkan POA dan persetujuan pencairan uang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 117 Puskesmas (88,60%) dan yang tidak menyerahkan terdapat 15 Puskesmas (11,40%). Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan POA dan persetujuan pencairan uang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 77 Puskesmas (52,70%) sedangkan yang tidak menyerahkan diperoleh persentase sebesar 47,30% sebesar 80 Puskesmas.

Untuk penerimaan dana BOK tahap 1, Puskesmas intervensi yang menerima dana BOK tahap 1 (uang muka) terdapat 128 Puskesmas (97,00%) dan yang tidak menerima dana BOK uang muka terdapat 4 Puskesmas (3,00%). Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menerima dana tersebut terdapat 77 Puskesmas (52,70%) sedangkan yang tidak menyerahkan diperoleh persentase sebesar 47,30% sebesar 80 Puskesmas.

Berdasarkan tabel di atas, dari 128 Puskesmas intervensi yang menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 67 Puskesmas (52,30%) dan yang tidak menyerahkan terdapat 61 Puskesmas

(57,70%). Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan laporan terdapat 34 Puskesmas (23,30%) dan terdapat 43 Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan atau 55,80%.

Bila ditelaah lebih lanjut, terdapat kecenderungan normal bahwa penyusunan atau pembuatan laporan menjadi persoalan klasik bagi Puskesmas dalam membuat atau menyusun laporan hasil kegiatan.

### 5.7.3 Proses Pencairan Tahap II

Setelah Puskesmas menerima uang muka pada tahap pertama, selanjutnya dilakukan prosedur pencairan pada tahap kedua. Terdapat beberapa Puskesmas yang memperoleh pencairan pada tahap kedua dihitung dari seluruh Puskesmas yang ada. Hal tersebut terlihat pada tabel di bawah ini sebagai berikut.

Tabel.5.77.  
Proses Pencairan Tahap Kedua

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	<b>Proses Pencairan ke 2</b>				
1	Menerima Pencairan	69	52,30	41	28,10
2	Tidak Menerima Pencairan	63	47,70	105	71,90
	<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>
	<b>Menyerahkan POA</b>				
1	Menyerahkan	60	87,00	41	100,00
2	Tidak Menyerahkan	9	13,00	-	-
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>
	<b>Penerima BOK ke 2</b>				
1	Menerima Tahap 2	66	95,70	41	100,00
2	Tidak Menerima Tahap 2	3	4,30	-	-
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>
	<b>Menyerahkan Laporan</b>				
1	Membuat Laporan	34	49,30	26	63,40
2	Tidak Membuat laporan	32	46,40	15	36,60
	<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang memperoleh proses pencairan dana tahap kedua terdapat 69 Puskesmas (52,30%). Jumlah ini menyusut dari ketika Puskesmas menerima anggaran tahap pertama (uang muka) yang terdapat 115 Puskesmas karena Sedangkan, Puskesmas yang tidak menerima pencairan dana pada tahap kedua ini dibandingkan tahap pertama meningkat menjadi 63 Puskesmas (47,70%).

Untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan POA terdapat 41 Puskesmas (28,10%). Jumlah ini juga menyusut bila dibandingkan dengan penerima uang muka pada tahap pertama sebanyak 77 Puskesmas.

**a. Menyerahkan POA dan Persetujuan Pencairan Dana Tahap Kedua ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang menyerahkan POA untuk persetujuan pencairan tahap kedua ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 60 Puskesmas (87,00%), dan yang tidak menyerahkan laporan adalah sebanyak 9 Puskesmas (13,00%).

Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan POA terdapat 41 Puskesmas yang mana semua Puskesmas tersebut atau 100,00% menyerahkan POA ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

**b. Puskesmas Penerima Dana BOK**

Berdasarkan tabel di atas terdapat 66 Puskesmas intervensi yang menerima dana BOK tahap kedua, sedangkan 3 Puskesmas tidak menerima dana BOK. Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menerima dana tersebut terdapat 41 Puskesmas yang sesuai dengan jumlah Puskesmas yang menyerahkan POA.

**c. Menyerahkan Laporan Pemanfaatan Dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, dari 69 Puskesmas intervensi yang menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 34 Puskesmas dan yang tidak menyerahkan terdapat 31 Puskesmas, sedangkan 4 Puskesmas tidak diketahui karena kemungkinan tidak mengisikan informasi di dalam kuesioner. Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan laporan terdapat 26 Puskesmas (63,40%) dan terdapat 15 Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan atau 36,60%. Terdapat 3 Puskesmas yang tidak membuat laporan maupun

Seperti pada penyerahan laporan pada tahap pertama yang relatif terdapat banyak Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan, demikian pada mekanisme penyerahan laporan pada tahap kedua ini banyak Puskesmas yang tidak juga menyerahkan laporan.

### 5.7.4 Proses Pencairan Tahap III

Proses pencairan tahap ketiga ini jumlah Puskesmas semakin berkurang karena terdapat kebijakan ada Puskesmas yang menerima pencairan dana hanya 1 kali, ada yang bertahap. Hasil tersebut dijelaskan sebagai berikut.

Tabel.5.78.  
Proses Pencairan Tahap Ketiga

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	<b>Proses Pencairan ke 3</b>				
1	Menerima Pencairan	34	25,80	12	8,20
2	Tidak Menerima Pencairan	98	74,20	134	91,80
	<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>
	<b>Menyerahkan POA</b>				
1	Menyerahkan	32	94,10	12	100,00
2	Tidak Menyerahkan	2	5,90	-	-
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>
	<b>Penerima BOK 3</b>				
1	Menerima Tahap 3	33	97,10	12	100,00
2	Tidak Menerima Tahap 3	1	2,90	-	-
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>
	<b>Menyerahkan Laporan</b>				
1	Membuat Laporan	7	21,20	8	66,70
2	Tidak Membuat laporan	26	78,80	4	33,30
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,00</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang memperoleh proses pencairan dana tahap ketiga menyusut menjadi 34 Puskesmas (25,80%). Jumlah Puskesmas tersebut jumlahnya mulai pencairan tahap pertama, tahap kedua, dan tahap ketiga ini berkurang dari ketika Puskesmas menerima anggaran tahap pertama (uang muka) yang terdapat 128 Puskesmas, 69 Puskesmas, dan menjadi 34 Puskesmas.

Demikian juga untuk Puskesmas kontrol yang memperoleh pencairan tahap ketiga ini adalah sebesar 12 Puskesmas atau hanya 8,20% dari total 146 Puskesmas. Jumlah ini juga senantiasa menyusut dari tahap pencairan pertama sebanyak 77 Puskesmas, menjadi 41 Puskesmas pada tahap kedua, dan 12 Puskesmas pada tahap ketiga.

**a. Menyerahkan POA dan Persetujuan Pencairan Dana Tahap Ketiga ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang menyerahkan POA untuk persetujuan pencairan tahap ketiga ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat 32 Puskesmas (94,10%), dan yang tidak menyerahkan laporan adalah sebanyak 2 Puskesmas (5,90%).

Sedangkan untuk Puskesmas kontrol yang menyerahkan POA diperoleh hasil semua Puskesmas sebanyak 12 Puskesmas (100,00%).

**b. Puskesmas Penerima Dana BOK**

Berdasarkan tabel di atas terdapat 33 Puskesmas intervensi yang menerima dana BOK tahap ketiga, sedangkan 1 Puskesmas tidak menerima dana BOK. Untuk Puskesmas kontrol yang menerima dana tersebut terdapat 12 Puskesmas yang menerima dana BOK.

**c. Menyerahkan Laporan Pemanfaatan Dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, dari 33 Puskesmas intervensi yang menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat hanya 7 Puskesmas (21,20%) dan yang tidak menyerahkan terdapat 26 Puskesmas dengan persentase 78,80%. Sedangkan untuk Puskesmas yang menerima dana BOK Rp. 10 Juta yang menyerahkan laporan terdapat 8 Puskesmas (66,70%) dan terdapat 4 Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan atau 33,30%.

Seperti pada penyerahan laporan pada tahap pertama yang relatif terdapat banyak Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan, demikian pada mekanisme penyerahan laporan pada tahap ketiga ini banyak Puskesmas yang tidak juga menyerahkan laporan. Terutama pada Puskesmas intervensi relatif tinggi untuk Puskesmas yang tidak menyerahkan laporan. Perlu dipahami bahwa penyusunan laporan sangat penting untuk mengetahui pertanggungjawaban terhadap anggaran yang telah digunakan oleh Puskesmas tersebut.

### 5.7.5 Proses Pencairan Tahap IV

Proses pencairan tahap keempat hanya terdapat beberapa Puskesmas saja, dimana hasilnya terlihat pada penjelasan di bawah ini sebagai berikut.

Tabel.5.79.  
Proses Pencairan Tahap Keempat

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	<b>Proses Pencairan ke 4</b>				
1	Menerima Pencairan	4	3,00	-	-
2	Tidak Menerima Pencairan	128	97,00	-	-
	<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,00</b>	-	-
	<b>Menyerahkan POA</b>				
1	Menyerahkan	4	100,00	-	-
2	Tidak Menyerahkan	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	-	-
	<b>Penerima BOK 4</b>				
1	Menerima Tahap 3	4	100,00	-	-
2	Tidak Menerima Tahap 3	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	-	-
	<b>Menyerahkan Laporan</b>				
1	Membuat Laporan	4	100,00	-	-
2	Tidak Membuat laporan	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	-	-

Berdasarkan tabel di atas, Puskesmas intervensi yang memperoleh proses pencairan dana tahap keempat berkurang menjadi hanya 4 Puskesmas (3,00%). Penurunan jumlah ini adalah karena terdapat beberapa mekanisme pencairan anggaran untuk Puskesmas, dimana terdapat Puskesmas yang menerima 1 kali pencairan, ada yang 2 kali, 3 kali, dan 4 kali pencairan.

Sedangkan untuk Puskesmas penerima BOK Rp. 10 Juta sudah tidak ada yang menerima pada tahap keempat ini.

**a. Menyerahkan POA dan Persetujuan Pencairan Dana Tahap Ketiga ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, semua Puskesmas menyerahkan POA untuk persetujuan pencairan tahap ketiga ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

**b. Puskesmas Penerima Dana BOK**

Berdasarkan tabel di atas terdapat 4 Puskesmas intervensi yang menerima dana BOK tahap keempat.

**c. Menyerahkan Laporan Pemanfaatan Dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

Berdasarkan tabel di atas, seluruh Puskesmas intervensi yang menyerahkan laporan pemanfaatan dana BOK ke Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terdapat. Terlihat bahwa 4 Puskesmas ini mampu untuk menyelesaikan dan menyerahkan laporan.

### 5.7.6 Sisa Dana

Sisa dana merupakan sisa dana yang dilihat dari keberadaan bunga bank, besar bunga bank, bunga bank yang diserahkan ke kas negara, sisa dana bok, besar sisa dana BOK, sisa dana diserahkan ke kas negara, anggaran yang terdapat di rekening bank Puskesmas. Hasilnya dijelaskan di bawah ini sebagai berikut.

1. Apakah ada bunga bank dana BOK?

Tabel 5.80. Bunga Bank Dana BOK

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ada Bunga Bank	-	-	2	1,40
2	Tidak Ada Bunga Bank	132	100,00	144	98,60
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

## 2. Berapa besar bunga bank dana BOK?

Untuk pertanyaan berapa besar bunga bank dana BOK tidak ada satupun Puskesmas yang menjawab nilai bunga bank.

## 3. Apakah bunga bank diserahkan ke Kas Negara?

Puskesmas intervensi tidak memberikan jawaban untuk pertanyaan ini, sedangkan Puskesmas kontrol dapat terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.81.  
Bunga Bank diserahkan ke Kas Negara oleh Puskesmas

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ya	-	-	2	1,40
2	Tidak	-	-	144	98,60
<b>Total</b>		-	-	<b>146</b>	<b>100,00</b>

## 4. Apakah ada sisa dana BOK?

Tabel 5.82.  
Sisa Dana BOK

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ada Sisa Dana	30	22,70	9	6,20
2	Tidak Ada Sisa Dana	102	77,30	137	93,80
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,00</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

## 5. Berapa besar sisa dana BOK?

Tabel 5.83  
Sisa Dana BOK

No		Intervensi (Rp.)		Kontrol (Rp.)	
		Minimal	Maksimal	Minimal	Maksimal
1	Sisa Dana	25.630.650	91.420.000	40.000	10.170.000
<b>Total</b>					

## 6. Apakah dikembalikan ke Kas Negara?

Tabel 5.84.

Bunga Bank diserahkan ke Kas Negara oleh Puskesmas

No	Butir	Intervensi		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Dikembalikan	-	-	-	-
2	Tidak Dikembalikan	30	100,00	9	100,00
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>

## 5.8 Waktu dan besaran penggunaan Dana BOK di Puskesmas

Tabel 5.85.

Pemanfaatan anggaran BOK

REG	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase
Januari						15.735.000		15.735.000	0,49%
Februari						17.813.600		17.813.600	0,55%
Maret				2.420.200		22.288.100		24.708.300	0,77%
April	300.000			12.106.840		10.440.000		22.846.840	0,71%
Mei		13.625.851			2.750.000	18.676.000		35.051.851	1,09%
Juni	111.133.050	93.485.000	100.000	19.457.000	53.577.500	123.139.800		400.892.350	12,45%
Juli	232.170.770	272.049.274	202.408.400	155.081.166	304.453.772	611.826.279	66.395.000	1.844.384.661	57,26%
Agustus	13.466.000	113.987.125	2.497.500	81.245.666	3.600.000	338.652.002	79.375.000	632.823.293	19,65%
September				75.705.666		46.815.000		122.520.666	3,80%
Oktober						29.850.000		29.850.000	0,93%
Nopember						22.100.000		22.100.000	0,69%
Miss			9.261.500	36.155.000		6.940.000		52.356.500	1,63%
Grand Total	357.069.820	493.147.250	214.267.400	382.171.538	364.381.272	1.264.275.781	145.770.000	3.221.083.061	100,00%

Sekitar 77% pemanfaatan BOK dilakukan pada bulan dimana penelitian ini dilakukan sedangkan sekitar 16% digunakan untuk membayar kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya dan sekitar 7% digunakan untuk perencanaan kegiatan yang akan dilakukan. Secara keseluruhan terlihat bahwa dana BOK yang telah digunakan dan direncanakan di wilayah intervensi adalah Rp. 3,2 M dan ini adalah sekitar 10% dari total wilayah intervensi yang melibatkan 312 Puskesmas yang berarti sekitar Rp. 31,2 M. Keadaan ini dapat dimaklumi karena pencairan dana BOK masih berlangsung selama 2 bulan.

Dari tabel diatas juga memperlihatkan bahwa sampai dengan bulan september telah dipertanggungjawabkan 93% dari total dana BOK yang telah disalurkan ke Puskesmas intervensi meskipun sebenarnya masih 10% dari total.

Regional Maluku mempunyai tingkat penyerapan paling tinggi dibanding dengan Regional lainnya, sedangkan penyerapan paling rendah ada di regional Papua

## 5.9 Kegiatan yang menggunakan Dana BOK

Tabel 5.86.  
Pemanfaatan Dana BOK

Kode	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase
Pelayanan Admnistrasi Perkantoran	26.507.500	54.481.200	2.941.500	11.491.840	20.600.000	70.409.500		186.431.540	5,99%
Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	1.800.000		1.000.000	1.050.000	350.000	2.720.000		6.920.000	0,22%
Fasilitas Pindah/Purna tugas						6.625.000		6.625.000	0,21%
Peningkatan SDM/Sumberdaya Aparatur	6.007.100	3.850.000	4.168.500		108.777.572		2.020.000	124.823.172	4,01%
Program Peningkatan Sistem Pelaporan		1.656.800	3.790.000					5.446.800	0,18%
Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	3.786.000	11.876.764	4.697.500	58.849.000	11.520.000	12.042.000		102.771.264	3,30%
Lain lain		10.665.000						10.665.000	0,34%
Obat dan Perbekalan Kesehatan	200.000		175.000		90.000	430.000		895.000	0,03%
Upaya kesehatan masyarakat dan perorangan	52.788.600	26.002.875	3.830.000	18.457.500	20.490.000	55.165.750	560.000	177.294.725	5,70%
Pengawasan obat dan makanan				945.000				945.000	0,03%

Kode	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase
Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	42.812.000	63.613.010	37.802.500	33.136.000	7.565.000	11.378.667	4.550.000	200.857.177	6,45%
Perbaikan Gizi Masyarakat	32.233.100		13.532.900	14.495.000	5.990.000	63.579.250		129.830.250	4,17%
Pengembangan lingkungan sehat	2.650.000	8.418.500	12.558.500	11.840.000	10.330.000	17.280.000		63.077.000	2,03%
Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	110.270.770	10.568.000	17.729.000	23.250.000	16.760.000	41.930.546		220.508.316	7,09%
Standarisasi pelayanan kesehatan	200.000					900.000		1.100.000	0,04%
Pelayanan kesehatan penduduk miskin	18.119.750	1.320.000		555.000				19.994.750	0,64%
Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas, pustu dan jaringannya	100.000	260.000	1.250.000	5.400.000	40.000	2.440.000		9.490.000	0,30%
Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan						450.000		450.000	0,01%
Pelayanan kesehatan anak balita				2.130.000	4.590.000	467.774.722		474.494.722	15,25%
Peningkatan kesehatan lansia			100.000	4.455.000	2.200.000			6.755.000	0,22%
Pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan			100.000			1.462.500		1.562.500	0,05%
Peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak	15.825.000	29.965.750	7.840.000	8.675.000	6.350.000	7.156.250		75.812.000	2,44%
Sanitasi Lingkungan		6.479.600	3.140.000	11.768.000	20.110.000	8.674.800	2.000.000	52.172.400	1,68%
Promosi Kesehatan		13.240.000	2.455.000	15.230.000	15.405.700	13.817.500	2.300.000	62.448.200	2,01%
K4	3.000.000	25.800.000	10.619.500	17.530.000	7.610.000	104.952.932	94.240.000	263.752.432	8,48%
Komplikasi Kebidanan yang ditangani		780.000	160.000	1.655.000		175.000	14.375.000	17.145.000	0,55%
Persalinan oleh tenaga terlatih	220.000	2.040.000	4.456.000	9.439.000	11.252.000	12.380.000	350.000	40.137.000	1,29%
Pelayanan Nifas		5.002.500	730.000	6.054.998	3.930.000	37.748.171	2.100.000	55.565.669	1,79%
Neonatus dgn komplikasi yang ditangani		4.140.000	2.160.000	4.015.000	1.700.000	3.715.671	500.000	16.230.671	0,52%
Kunjungan Bayi		4.050.001	3.260.000	5.980.000	11.850.000	61.300.005	3.475.000	89.915.006	2,89%
UCI	1.400.000	16.990.000	4.985.000	17.715.000	8.900.000	58.810.067	2.655.000	111.455.067	3,58%
Cakupan Anak Balita		72.820.000	15.160.000	13.600.000	8.267.000	42.853.250	2.650.000	155.350.250	4,99%
MP ASI anak 6-24 bulan	2.650.000	620.000	100.000			210.000		3.580.000	0,12%
Cakupan Gizi Buruk Balita yg mendapat perawatan		21.080.000	1.320.000	17.130.000	16.404.000	34.851.900	9.745.000	100.530.900	3,23%
Cakupan Penjaringan Siswa SD dan Setingkat	6.870.000	11.295.000	10.152.000	30.150.000	8.480.000	36.395.750		103.342.750	3,32%
Cakupan Peserta KB Aktif	2.970.000	610.000	3.040.000	3.050.000	10.130.000	21.313.250	200.000	41.313.250	1,33%
AFP rate/100.000 penduduk < 15 thn	400.000	3.030.000	680.000		2.510.000	6.531.500		13.151.500	0,42%

*Studi Operasional Pengaruh BOK terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas dalam Mencapai MDGs 2010*

Kode	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase
Penemuan dan penanganan penderita DBD	9.570.000	1.410.000	1.580.000	4.780.000	3.060.000	1.286.000		21.686.000	0,70%
Penemuan dan penanganan Diare		360.000	940.000	1.950.000	320.000			3.570.000	0,11%
Penemuan dan penanganan pneumonia balita		240.000	1.300.000		100.000			1.640.000	0,05%
Penemuan dan penanganan penderita TB		4.085.000	5.638.500	8.140.000	2.580.000	7.013.000		27.456.500	0,88%
Penemuan dan penanganan penderita HIV				1.080.000		250.000		1.330.000	0,04%
Penemuan dan penanganan penderita Malaria		1.950.000	1.150.000	920.000	2.080.000	400.000		6.500.000	0,21%
Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Maskin		2.416.000	1.575.000	1.920.200				5.911.200	0,19%
Cakupan desa/kelurahan KLB		210.000	640.000		4.970.000			5.820.000	0,19%
Cakupan Desa Siaga Aktif	2.100.000	2.231.250	320.000	6.670.000	4.240.000	6.920.000		22.481.250	0,72%
Status Gizi							4.050.000	4.050.000	0,13%
Posyandu	8.000.000	13.245.000	3.160.000	705.000	4.130.000	6.425.000		35.665.000	1,15%
Polindes		5.450.000	920.000	150.000		1.421.300		7.941.300	0,26%
Poskesdes		30.000						30.000	0,00%
Posyandu Lansia		6.800.000	200.000	3.495.000	700.000	3.850.000		15.045.000	0,48%
Grand Total	350.479.820	449.082.250	191.356.400	377.856.538	364.381.272	1.233.039.281	145.770.000	3.211.965.561	100,00%

Dari berbagai kegiatan diatas, ternyata BOK digunakan untu administrasi seperti Pelayanan Admnistrasi Perkantoran, Peningkatan SDM/Sumberdaya Aparatur, Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik sebesar 13%, untuk Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat sebesar 6,5% sedangkan untuk Perbaikan Gizi Masyarakat 4,17%, Upaya kesehatan masyarakat dan perorangan 5,7%, Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular 7,1%, Pelayanan kesehatan anak balita merupakan yang terbesar yaitu 15,25%, K4 8,5%, UCI 3,6%, peningkatan Cakupan Anak Balita 5%, peningkatan Cakupan Gizi Buruk Balita yg mendapat perawatan 3,23% serta peningkatan Cakupan Penjaringan Siswa SD dan Setingkat sebanyak 3,32%.

## 5.10 Penggunaan dana BOK berdasarkan jenis Mata Anggaran Kegiatan

Tabel 5.87.  
Penggunaan dana BOK berdasarkan jenis Mata Anggaran Kegiatan

REG	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase
Honor Perangkat Kegiatan BOK	0	4.300.000	0	6.754.000	0	600.000	0	11.654.000	0,37%
Honor Tim Pengadaan Barang dan Jasa BOK	0	0	300.000	150.000	0	0	0	450.000	0,01%
Honor Panitia Pelaksana Kegiatan BOK	100.000	500.000	0	300.000	0	3.150.000	0	4.050.000	0,13%
Honor Narasumber/Fasilitator BOK	220.000	50.000	100.000	3.300.000	0	12.974.999	0	16.644.999	0,53%
ATK BOK	49.433.170	14.381.726	33.271.000	31.328.000	6.805.500	28.745.000	1.105.000	165.069.396	5,29%
Dekorasi/Spanduk BOK	1.900.000	0	0	835.000	250.000	512.500	0	3.497.500	0,11%
Bahan Kontak BOK	21.871.600	1.870.000	15.450.000	5.364.000	2.585.700	19.100.000	7.352.000	73.593.300	2,36%
Bahan Medis BOK	0	0	1.995.000	0	0	0	0	1.995.000	0,06%
Bahan Non Medis BOK	140.000	0	7.052.000	1.420.000	1.170.000	900.000	6.000.000	16.682.000	0,53%
Operasional Kantor BOK	0	777.000	0	164.400	0	1.335.000	1.602.000	3.878.400	0,12%
Jasa Medis BOK	0	0	7.200.000	5.120.198	0	0	0	12.320.198	0,40%
Dokumentasi BOK	1.350.000	0	290.000	0	200.000	500.000	0	2.340.000	0,08%
Belanja Cetak BOK	2.878.000	4.625.000	1.125.000	150.000	0	0	0	8.778.000	0,28%
Belanja Penggandaan BOK	1.933.050	5.338.023	1.196.250	7.868.500	4.532.500	23.614.500	96.000	44.578.823	1,43%
Sewa Gedung/R. Rapat BOK	0	0	0	1.100.000	0	300.000	0	1.400.000	0,04%
Sewa Peralatan Kantor BOK	0	0	0	50.000	0	532.000	0	582.000	0,02%
Belanja Makan dan minum BOK	52.329.000	101.864.000	14.170.500	53.563.440	34.419.050	85.081.000	2.105.000	343.531.990	11,01%
Belanja Pakaian BOK	0	375.000	0	9.300.000	250.000	1.400.000	0	11.325.000	0,36%
Uang saku BOK	0	2.255.000	1.500.000	12.917.500	0	521.650.235	8.400.000	546.722.735	17,53%

REG	1	2	3	4	5	6	7	Grand Total	Persentase	
Uang Harian BOK		0	0	0	24.200.000	1.400.000	34.230.000	69.825.000	129.655.000	4,16%
Uang Penginapan BOK	1.800.000		1	0	600.000	100.000	3.484.000	2.975.000	8.959.001	0,29%
Transport BOK	222.895.000	353.160.500	109.283.500	214.636.500	209.211.000	344.951.000	13.790.000	1.467.927.500	1.467.927.500	47,07%
Belanja Modal BOK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Lain 1 BOK	220.000	3.651.000	5.831.250	3.050.000	1.240.000	144.241.001	13.820.000	172.053.251	172.053.251	5,52%
Lain 2 BOK	0	0	7.525.000	0	0	34.842.500	18.700.000	61.067.500	61.067.500	1,96%
Lain 3 BOK	0	0	4.250.000	0	0	2.132.046	0	6.382.046	6.382.046	0,20%
Lain 4 BOK	0	0	2.527.900	0	0	0	0	2.527.900	2.527.900	0,08%
Lain 5 BOK	0	0	1.200.000	0	0	0	0	1.200.000	1.200.000	0,04%
	357.069.820	493.147.250	214.267.400	382.171.538	262.163.750	1.264.275.781	145.770.000	3.118.865.539		

Untuk Mata Anggaran Kegiatan yang paling banyak adalah digunakan untuk transport BOK sebesar 47%, untuk uang saku BOK sebesar 17% dan belanja makan minum BOK sebesar 11% sedangkan untuk ATK sebesar 5%, untuk uang harian BOK 4% dan untuk bahan kontak sebanyak 2.3%.

## BAB 6

### 6.1 Kesimpulan Riset BOK

1. Terdapat 604 Puskesmas yang dikunjungi oleh Tim Riset BOK dari 629 yang direncanakan baik Puskesmas Intervensi maupun Puskesmas Kontrol
2. 65,5% Puskesmas yang dikunjungi adalah Puskesmas PONED
3. tenaga dokter telah ada di setiap Puskesmas pada semua regional, dengan rata-rata tertinggi di regional Sumatera sebanyak 5 dokter setiap Puskesmas, dan minimal rata-rata 1 dokter setiap Puskesmas untuk regional Nusa Tenggara dan regional Maluku. Untuk tenaga dokter gigi, rata-rata setiap Puskesmas memiliki kurang dari 1 dokter gigi untuk masing-masing regional, kecuali regional Sumatera dan Jawa-Bali yang memiliki rata-rata 1-2 dokter gigi. Untuk tenaga gizi dan tenaga sanitasi, setiap puskesmas memiliki setidaknya 1 orang untuk masing-masing regional sedangkan yang paling banyak dimiliki Puskesmas pada semua regional adalah tenaga perawat yaitu rata-rata antara 9 perawat hingga 12 perawat setiap Puskesmas dan kemudian tenaga bidan, yaitu rata-rata antara 6 bidan hingga 10 bidan
4. beberapa sarana peralatan penunjang untuk pencapaian indikator SPM khususnya peralatan esensial, sebagian besar tersedia di Puskesmas dalam kondisi berfungsi dengan baik. Namun demikian ada beberapa wilayah regional atau program tertentu tidak di dukung dengan sarana peralatan penunjang baik karena dalam kondisi tidak berfungsi maupun memang tidak tersedia
5. sebagian besar obat yang paling esensial ini ketersediaannya sudah cukup di hampir semua regional. Tetapi obat haloperidol 5 mg dan klorpromazin 25 mg kurang di semua regional. Sedangkan Antimalaria hanya kurang di regional Sumatera dan Jawa-Bali saja. Secara nasional ketersediaan jenis obat-obatan yang paling penting di Puskesmas sudah cukup.

6. Kunjungan ibu hamil (K-4), Cakupan penolong persalinan tenaga terlatih, Cakupan kunjungan bayi, Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 80%, Cakupan anak balita, Cakupan gizi buruk (balita) mendapatkan perawatan, Cakupan penjangkaran kes siswa SD & setingkat, Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin merupakan kegiatan dengan komposisi penggunaan biaya terbesar yaitu 87%
7. Sebesar 47% anggaran digunakan untuk administrasi perkantoran, sedangkan kedua terbesar digunakan untuk upaya kesehatan perorangan sebesar 28%
8. Sumber anggaran Bidang Kesehatan

Sumber Anggaran	REGIONAL							Persentase
	Sumatra	Jawa - Bali	Nusa Tenggara	Kalimantan	Maluku	Papua	Nasional	
APBD Kab/Kota	8.748.429.907	11.406.692.977	6.170.036.079	13.719.212.872	3.522.570.019	1.974.414.097	45.541.355.951	49,62%
APBD PROV	1.377.821.918	156.919.905	346.064.571	400.000.000	13.482.220	77.199.509	2.371.488.123	2,58%
APBN	8.259.384.940	7.029.098.398	7.349.602.508	11.238.349.064	4.293.726.356	2.415.893.760	40.586.055.026	44,22%
NGO/ LSM			53.035.000				53.035.000	0,06%
Asuransi		330.137.531	7.072.440	2.140.000	60.151.132	58.782.000	458.283.103	0,50%
Pinjaman/		700.000.000			800.000.000		1.500.000.000	1,63%
SUMBER LAIN		150.821.500		544.579.361	567.000.000		1.262.400.861	1,38%
<b>TOTAL</b>	18.385.636.765	19.773.670.311	13.925.810.598	25.904.281.297	9.256.929.727	4.526.289.366	91.772.618.064	100,00%

9. Biaya total berdasarkan 4 indikator Milestone dan pencapaian 100% terhadap indikator tersebut, maka untuk regional Sumatera masih membutuhkan Rp. 243.565.426.433 , Jawa/Bali Rp. 154.154.020.112 , NTB/NTT Rp. 55.332.270.408 , Kalimantan Rp. 428.107.649.047 , Sulawesi Rp. 83.923.224.899 , Maluku sebesar 26.677.431.607 , dan Papua sebesar Rp. 81.059.807.430 , sehingga secara Nasional dibutuhkan Rp.1.072.819.829.937
10. Biaya total berdasarkan 19 indikator Milestone dan pencapaian 100% terhadap indikator tersebut, maka untuk regional Sumatera masih membutuhkan Rp. 345.651.046.648 , Jawa/Bali Rp. 364.280.116.540 , NTB/NTT Rp. 66.486.127.200

- , Kalimantan Rp. 193.253.321.033 , Sulawesi Rp. 83.391.696.990 , Maluku sebesar 21.296.701.358 , dan Papua sebesar Rp. 57.973.356.920 , sehingga secara Nasional dibutuhkan Rp. 1.132.332.366.689
11. Biaya operasional saja berdasarkan 4 indikator Milestone dan pencapaian 100% terhadap indikator tersebut, maka untuk regional Sumatera masih membutuhkan Rp. 211.852.612.607 , Jawa/Bali Rp. 149.004.870.397 , NTB/NTT Rp. 53.918.582.029 , Kalimantan Rp. 300.324.438.442 , Sulawesi Rp. 78.690.306.946 , Maluku sebesar 26.002.659.384 , dan Papua sebesar Rp. 66.476.081.363 , sehingga secara Nasional dibutuhkan Rp. 886.269.551.168
  12. Biaya operasional saja berdasarkan 19 indikator Milestone dan pencapaian 100% terhadap indikator tersebut, maka untuk regional Sumatera masih membutuhkan Rp. 300.646.435.560 , Jawa/Bali Rp. 352.112.202.548 , NTB/NTT Rp. 64.787.468.086 , Kalimantan Rp. 193.253.321.033 , Sulawesi Rp. 89.728.476.144 , Maluku sebesar 20.758.027.969 , dan Papua sebesar Rp. 47.543.187.107 , sehingga secara Nasional dibutuhkan Rp. 1.068.829.118.446
  13. Realokasi ke Kabupaten/Kota dengan menggunakan pengembangan Indeks Alokasi Daerah yang terdiri dari Indeks Kapasitas fiskal dengan bobot *0,2350*, Indeks Jumlah penduduk dengan bobot *0,2050*, Indeks Proporsi Penduduk Miskin Daerah dengan bobot *0,0730* Indeks Kemahalan Konstruksi dengan bobot *0,1120* *Indeks Luas Wilayah dengan bobot 0,1940* dan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dengan bobot *0,1810*
  14. Bantuan Operasional Kesehatan yang diusulkan sesuai dengan keadaan ideal yang akan dicapai, yaitu terpenuhinya indikator SPM dan MDG's sesuai dengan target adalah sebagai berikut:

Regional		BO/Pusk I	BO/Kab I	Alokasi BO D	BO/Kab II	BO/Pusk II	
1	SUMATERA	Min	144	593	-	593	144
		Max	421	35.386	-	35.386	421
2	JAWA-BALI	Min	191	661	-	661	191
		Max	407	19.740	-	19.740	407
3	NUSA TENGGARA	Min	246	1.553	-	1.553	246
		Max	657	15.559	-	15.559	657
4	KALIMANTAN	Min	135	831	-	831	135
		Max	596	13.279	-	13.279	596
5	SULAWESI	Min	133	631	-	631	133
		Max	257	7.301	-	7.301	257
6	MALUKU	Min	156	893	-	893	156
		Max	348	5.222	-	5.222	348
7	PAPUA	Min	133	593	-	593	133
		Max	657	2.654.184	-	2.654.184	657

15. Secara keseluruhan terlihat bahwa dana BOK yang telah digunakan dan direncanakan di wilayah intervensi adalah Rp. 3,2 M dan ini adalah sekitar 10% dari total wilayah intervensi yang melibatkan 312 Puskesmas yang berarti sekitar Rp. 31,2 M. Keadaan ini dapat dimaklumi karena pencairan dana BOK masih berlangsung selama 2 bulan.

## 6.2 Kelemahan dan kekuatan

### 6.2.1 Kekuatan Studi

- 6.2.1.1 Studi ini dilakukan terhadap 600 buah Puskesmas sehingga analisa kebutuhan biaya dimungkinkan untuk digunakan statistic approach
- 6.2.1.2 Data pembiayaan Puskesmas didasarkan pada data pengeluaran biaya operasional Puskesmas yang direkam per bulan selama 12 bulan sepanjang tahun 2009, dan data pengeluaran operasional Puskesmas d'bersumber dari BOK yang di follow-up selama Juli - Desember 2010

### 6.2.2 Kelemahan Studi

- 6.2.2.1 Data diestimasi dengan pendekatan *linier estimation* untuk mendapatkan jumlah anggaran BOK yang perlu di alokasikan ke Puskesmas per Kabupaten per regional.
- 6.2.2.2 Estimasi alokasi anggaran yang dibutuhkan masih didasarkan pada alokasi anggaran yang tersedia disetiap kab.kota untuk Puskesmas, masih mengabaikan *actual cost*. Sehingga belum menggambarkan jumlah yang sebenar-benarnya. Untuk daerah yang mempunyai anggaran lebih besar akan mengalokasikan anggaran operasional Puskesmas yang besar pula (Kutai Kartanegara), sedangkan daerah yang jumlah anggaran yang tersedia akan alokasikan anggaran operasional Puskesmas yang kecil pula (Manado). Pendekatan ini masih memerlukan penyempurnaan estimasi dengan pendekatan *actual cost*.

### **6.3 Rekomendasi Riset BOK**

- 6.3.1** Berkaitan dengan masa penggunaan dana BOK, didapatkan realita bahwa waktu memulai penggunaan Dana BOK di Puskesmas bervariasi tergantung pemahaman Daerah. Disarankan untuk menetapkan periode waktu (batas mulai sd akhir) penggunaan dana BOK agar tidak terjadi kekeliruan dalam pertanggung-jawaban keuangannya. Dengan demikian dana BOK dapat digunakan dalam waktu bersamaan, misalnya dalam Juknis ditetapkan bahwa Dana BOK dapat digunakan sejak tanggal diterbitkannya SK atau Peraturan Menteri Kesehatan tentang BOK beserta besar alokasi anggaran per Puskesmasnya.
- 6.3.2** Berkaitan dengan jumlah alokasi dana BOK per Kabupaten/Kota; dari hasil riset operasional BOK yang dilakukan secara intensif dengan menggunakan capaian IPKM (dari indikator SPM, MDGs) beserta pengeluaran biaya operasional Puskesmas, dapat diketahui jumlah kebutuhan dana operasional per Puskesmas. Dimana jumlah dana operasional Puskesmas ini merupakan kebutuhan biaya operasional keseluruhan di Puskesmas untuk mencapai performance yang ditargetkan dan dapat dibiayai dari berbagai sumber anggaran (APBN, APBD Prop-Kab-Kota, Swasta termasuk NGO). Untuk mewujudkan salah satu tujuan peluncuran program BOK yaitu mendorong dan memotivasi terjadinya peningkatan dana APBD kab-kota untuk biaya operasional Puskesmas
- 6.3.3** Diperlukan kelanjutan studi BOK ini untuk melihat pengaruh BOK terhadap peningkatan performance Puskesmas

#### 6.4 Rencana dan tindak lanjut Studi

1. Perlu disusun DHA untuk seluruh Kab/kota agar proporsi alokasi anggaran dari APBN dapat lebih tepat jumlah dan tepat sasaran kab/kota
2. Perlu dilakukan estimasi lanjutan yang berdasarkan **capaian SPM total** dan input menurut sigmoid graph dengan memperhitungkan ketersediaan sumber daya (SDM, fasilitas kesehatan, biaya) untuk mendapatkan estimasi kebutuhan biaya operasional **total** untuk kondisi capaian cakupan program rendah atau cukup tinggi untuk mencapai target nasional yang ditetapkan.
3. Perlu dilakukan estimasi lanjutan yang berdasarkan **capaian SPM per jenis program** dan input menurut sigmoid graph dengan memperhitungkan ketersediaan sumber daya (SDM, fasilitas kesehatan, biaya) untuk mendapatkan estimasi kebutuhan biaya operasional **per jenis SPM** untuk kondisi capaian cakupan **jenis SPM** rendah atau cukup tinggi untuk mencapai target SPM nasional yang ditetapkan.
4. Perlu dilakukan analisis lanjutan untuk mendapatkan angka kebutuhan biaya operasional untuk jenis pelayanan kesehatan non SPM (diatas SPM). dimana dalam data yang terkumpul 2010 ini telah tercatat pengeluaran biaya operasional APBD nya

#### 6.5 Issue / Masalah Pembiayaan

1. Waktu memulainya penggunaan dana BOK bervariasi
2. Beberapa kabupaten di regional Maluku telah menggunakan dana BOK sejak bulan Januari 2010 sekalipun dana tersebut baru diterima direkening PT POS Puskesmas pada bulan Juli 2010
3. Di regional lainnya, dana BOK digunakan mulai bulan Juli 2010 setelah Puskesmas menerima dana lunjuran dari Pusat
4. Waktu penggunaan dana BOK yang terlalu singkat

### Daftar Pustaka

Biro Hukum dan Organisasi, Setjen Depkes RI. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/ Kota. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Biro Hukum dan Organisasi, Setjen Depkes RI. (2008). *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/ Kota. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

David, FR. (2004). *Manajemen Strategis: Konsep-konsep*. Edisi Kesembilan. Alih bahasa Kresno Saroso. Penyunting bahasa Ahmad Lukman & Melvi. Edisi Bahasa Indonesia. PT Indeks Kelompok Gramedia. Jakarta.

Depkes, RI. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2004.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (2006). *Pedoman Manajemen Puskesmas. Buku Seri-1: Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. Jakarta.

Haksama, S. (2011). Pengembangan Instrumen Pengukuran Kinerja Puskesmas Berdasarkan Kriteria Performance Excellence Malcolm Baldrige di Provinsi DKI Jakarta. *Disertasi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

Kementerian Kesehatan. (2007). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan. (2010). Roadmap Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). *Draft*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Ketetapan MPR. (2000). Tap MPR Nomor IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan

Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten atau Kota

Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014.

Supriyanto, S. (2005). Reformasi Kesehatan di Indonesia. Pidato Pengukuhan. Disampaikan Pada Pengukuhan Guru besar dalam Bidang Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. 17 Desember 2005. Surabaya.

Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/756/OTODA tentang Otonomi Daerah.

Trihono. (2005). *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Penerbit CV. Sagung Seto. Jakarta.

Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia tahun 1945. Revisi ke empat tahun 2002.

Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah.

Undang-Undang Nomor 8 tahun 2005 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

World Health Organization. (2004). *The Millennium Development Goals and Targets Come from the Millennium Declaration September 2000*. (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>).

World Bank (2006). *Priorities in Health*. Washington DC.