

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Kebijakan Publik

2.1.1 Definisi Kebijakan

Istilah kebijakan disepadankan dengan kata bahasa Inggris “*policy*” yang menunjuk pada prinsip atau cara bertindak yang dipilih untuk mengarahkan pengambilan keputusan. Istilah “kebijakan” menurut Lasswell (1948:122) dalam Parsons (2005:19) dipakai untuk menunjukkan perlunya penjelasan tujuan-tujuan sosial yang harus diberikan oleh bidang keilmuan. Menurut Heinz Ealau dan Kenneth Prewitt (1973) dalam Suharto (2008:7), kebijakan adalah sebuah ketetapan yang berlaku yang dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuatnya maupun yang mentaatinya. Sedangkan menurut Amara Raksasataya dalam Lubis (2007:7), kebijakan adalah suatu taktik dan strategi yang diarahkan untuk mencapai suatu tujuan. Menurutnya ada 3 unsur dalam kebijakan, yaitu identifikasi tujuan yang akan dicapai, strategi untuk mencapainya, dan penyedia berbagai *input* atau masukan yang memungkinkan pelaksanaannya.

Konsep yang sama didefinisikan oleh Lasswell dan Kaplan dalam Lubis (2007:9) yang melihat kebijakan sebagai “sarana” untuk mencapai “tujuan”. Kebijakan tertuang dalam “program” yang diarahkan kepada pencapaian “tujuan”, “nilai”

dan “praktek”. Masih dalam Lubis (2007:9), Hugh Heglo pun menyebutkan kebijakan sebagai suatu tindakan yang dimaksud mencapai tujuan tertentu. Selain itu, menurut Wibawa (1994:22) suatu kebijakan dibuat oleh sistem dan disahkan oleh pemerintah yang memiliki wewenang merumuskan kebijakan, untuk memenuhi tuntutan seseorang atau sekelompok aktor.

Seorang pakar ilmu politik lain, Richard Rose (1969:79) dalam Winarno (2012:20) menyarankan bahwa kebijakan hendaknya dipahami sebagai “serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensinya bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai suatu keputusan tersendiri”. Definisi ini bersifat ambigu, namun definisi ini berguna karena kebijakan dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan sekedar suatu keputusan untuk melakukan sesuatu. Namun demikian, menurut Anderson (1975:4) dalam Winarno (2012:21) kebijakan merupakan arah tindakan yang mempunyai maksud yang ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan. Konsep kebijakan ini sangat tepat karena memusatkan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan bukan pada apa yang diusulkan atau dimaksudkan. Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa kebijakan merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau sejumlah aktor dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

2.1.2 Definisi Kebijakan Publik

Literatur mengenai kebijakan publik telah banyak menyajikan berbagai definisi kebijakan publik, baik dalam arti luas maupun sempit. Robert Eyestone dalam Agustino (2008:6) mendefinisikan kebijakan publik sebagai “hubungan antara

unit pemerintah dengan lingkungan”. Namun sayangnya definisi tersebut masih terlalu luas untuk dipahami sehingga artinya menjadi tidak menentu. Heinz Ealau dan Kenneth Prewitt (1973:265) masih dalam Agustino (2008:6–7) mendefinisikan kebijakan publik sebagai “keputusan tetap” yang dicirikan dengan konsistensi dan pengulangan (repetisi) tingkah laku dari mereka yang membuat dan yang mematuhi keputusan tersebut.

Menurut Carl J. Friedrich dalam Nugroho (2008:53–54), kebijakan adalah serangkaian tindakan yang diusulkan oleh seorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada. Kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Sama halnya dengan Anderson (1979:2–3) dalam Indiahono (2009:17) yang mendefinisikan kebijakan publik sebagai perilaku dari sejumlah aktor (pejabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Pembicaraan tentang kebijakan memang tidak terlepas dari kaitan kepentingan antar kelompok, baik ditingkat pemerintahan maupun masyarakat secara umum.

Definisi lain menurut Thomas R. Dye (1995:1) dalam Agustino (2008:6–7) mengatakan bahwa, “kebijakan publik adalah apa yang dipilih oleh pemerintah untuk dikerjakan atau tidak dikerjakan”. Melalui definisi ini kita mendapat pemahaman bahwa terdapat perbedaan antara apa yang akan dikerjakan pemerintah dan apa yang sesungguhnya harus dikerjakan oleh pemerintah. Dunn (1994) dalam Pasolong (2010:39) mengatakan bahwa kebijakan publik adalah

suatu rangkaian pilihan-pilihan yang saling berhubungan yang dibuat oleh lembaga atau pejabat-pejabat pemerintah pada bidang-bidang yang menyangkut tugas pemerintahan, seperti pertahanan keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan masyarakat, kriminalitas, perkotaan dan lain-lain.

David Easton dalam Santosa (2008:27) mendefinisikan kebijakan publik sebagai pengalokasian nilai-nilai kepada seluruh masyarakat secara keseluruhan. Sebenarnya, definisi Easton ini mensyaratkan sifat otoritatif dalam proses alokasi. Tetapi dalam kenyataannya, hanya pemerintah yang dapat bertindak secara otoritatif kepada seluruh masyarakat. Apapun yang dipilih pemerintah, baik bertindak maupun tidak bertindak terungkap dalam alokasi nilai.

Definisi-definisi tersebut di atas menurut Agustino (2008:8–9) dapat disimpulkan menjadi beberapa karakteristik utama dari suatu definisi kebijakan publik. *Pertama*, pada umumnya kebijakan publik perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak. *Kedua*, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah. *Ketiga*, kebijakan publik apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflasi, atau menawarkan perumahan rakyat, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan dikerjakan. *Keempat*, kebijakan publik dapat berbentuk positif maupun negatif. Secara positif, kebijakan publik melibatkan beberapa tindakan pemerintah yang jelas dalam menangani suatu permasalahan; secara negatif kebijakan publik dapat melibatkan suatu keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan suatu tindakan atau

tidak mengerjakan apapun padahal dalam konteks tersebut keterlibatan pemerintah amat diperlukan. *Kelima*, kebijakan publik paling tidak secara positif didasarkan secara hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah. Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan kebijakan publik merupakan serangkaian keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dan jajarannya dalam rangka menyelesaikan masalah publik demi kepentingan seluruh masyarakat.

Kebijakan publik dapat lebih mudah dipahami jika dikaji tahap demi tahap. Inilah yang menjadikan kebijakan publik penuh makna dan kajiannya amat dinamis. Anderson (1979:23–24) dalam Pasolong (2010:41), sebagai pakar kebijakan publik menetapkan proses kebijakan publik sebagai berikut: (1) formulasi masalah; (2) formulasi kebijakan; (3) penentuan kebijakan; (4) implementasi kebijakan; dan (5) evaluasi kebijakan. Sedangkan Dunn (2000:22) mengatakan bahwa proses kebijakan adalah serangkaian intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut dimulai dari (1) penyusunan agenda; (2) formulasi kebijakan; (3) adopsi kebijakan; (4) implementasi kebijakan; dan (5) evaluasi kebijakan. Berdasarkan pendapat tersebut di atas, maka proses kebijakan publik yang akan diuraikan yaitu implementasi kebijakan.

2.1.3 Tahap Kebijakan Publik

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Oleh karena itu, beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik,

membagi proses-proses penyusunan kebijakan publik ke dalam beberapa tahap. Tahap-tahap kebijakan publik menurut Winarno (2012:35–37) antara lain :

1. Tahap Penyusunan Agenda ialah tahap saat para pejabat yang dipilih dan diangkat memilih dan menempatkan masalah pada agenda publik dan memasukkannya pada agenda perumus kebijakan.
2. Tahap Formulasi Kebijakan ialah tahap saat masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada.
3. Tahap Adopsi Kebijakan ialah saat memilih dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan untuk diadopsi, dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.
4. Tahap Implementasi Kebijakan, suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah ditingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia.
5. Tahap Evaluasi Kebijakan, pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah.

Melalui paparan di atas, tahapan kebijakan merupakan sebuah proses yang berkesinambungan dan mempengaruhi satu sama lain. Kebijakan publik meliputi penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan. Pada penelitian ini, peneliti akan memfokuskan tahapan implementasi kebijakan publik yaitu proses implementasi kebijakan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

2.2 Tinjauan Tentang Implementasi Kebijakan

2.2.1 Definisi Implementasi Kebijakan

Studi implementasi merupakan kajian dari studi kebijakan yang mengarah pada proses pelaksanaan dari suatu kebijakan. Menurut Bernadine R. Wijaya & Susilo Supardo (2006:81) dalam Pasolong (2010:57) mengatakan bahwa implementasi adalah proses mentransformasikan suatu rencana ke dalam praktik. Masih dalam Pasolong (2010:57), Hinggis (1985) mendefinisikan implementasi sebagai rangkaian dari berbagai kegiatan yang di dalamnya sumber daya manusia menggunakan sumber daya lain untuk mencapai sasaran strategi. Lebih lanjut Gordon (1986) dalam Pasolong (2010:58) mengatakan bahwa implementasi berkenaan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan pada realisasi program.

Implementasi kebijakan menunjuk aktivitas menjalankan kebijakan dalam ranah senyatanya, baik yang dilakukan oleh organ pemerintah maupun para pihak yang telah ditentukan dalam kebijakan. Seperti pendapat Ripley dan Franklin (1982) dalam Winarno (2012:148) bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, atau

jenis keluaran yang nyata. Implementasi kebijakan sendiri biasanya ada yang disebut sebagai pihak implementor, dan kelompok sasaran. Implementor kebijakan adalah mereka yang secara resmi diakui sebagai individu/lembaga yang bertanggungjawab atas pelaksanaan program di lapangan. Kelompok sasaran adalah menunjuk para pihak yang dijadikan sebagai obyek kebijakan.

Implementasi kebijakan menentukan apakah kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah benar-benar aplikabel di lapangan dan berhasil untuk menghasilkan *output* dan *outcome* seperti yang telah direncanakan. *Output* adalah keluaran kebijakan yang diharapkan dapat muncul sebagai keluaran langsung dari kebijakan. *Output* biasanya dapat dilihat dalam waktu yang singkat pasca implementasi kebijakan. *Outcomes* adalah dampak dari kebijakan, yang diharapkan dapat timbul setelah keluarnya *output* kebijakan. *Outcomes* biasanya diukur setelah keluarnya *output* atau dalam waktu yang lama pasca implementasi.

Implementasi kebijakan merupakan sesuatu yang krusial dalam studi kebijakan publik, seperti yang dikemukakan oleh Islamy (2001) dalam jurnal ilmiah *Administrasi Publik* (2006:384) bahwa implementasi kebijakan pada hakekatnya merupakan kerja sama antara birokrasi (*state*), pasar (*market*) dan komunitas (*civil society*). Sedangkan Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Agustino (2008:139) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan.

Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier dalam Agustino (2008:139) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, di mana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Hal ini sesuai pula dengan apa yang diungkapkan oleh Lester dan Stewart Jr. (2000:104) dalam Agustino (2008:139) di mana mereka katakan bahwa implementasi sebagai suatu proses atau suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih.

Hal ini tak jauh berbeda dengan apa yang dikatakan oleh Merrile Grindle (1980) masih dalam Agustino (2008:139) bahwa pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai. Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah aktivitas-aktivitas yang dilakukan untuk melaksanakan suatu kebijakan secara efektif.

2.2.2 Model Implementasi Kebijakan

Model dalam buku Indiahono (2009:19) adalah sebuah kerangka sederhana yang merupakan sebuah usaha untuk memudahkan penjelasan terhadap suatu fenomena. Model banyak digunakan untuk memudahkan para pemerhati atau pembelajar tingkat awal. Menurut Agustino (2008:140) pendekatan model “*top-down*”, merupakan pendekatan implementasi kebijakan publik yang dilakukan tersentralisir dan dimulai dari aktor tingkat pusat, dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat. Pendekatan “*top-down*” bertitik-tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrator-administrator pada level di bawahnya, sedangkan pendekatan model “*bottom-up*” bermakna meski kebijakan dibuat oleh pemerintah, namun pelaksanaannya oleh rakyat. Implementasi kebijakan mempunyai berbagai macam model dalam perkembangannya yaitu:

2.2.2.1 Model Implementasi Kebijakan Donald Van Metter dan Carl Van Horn

Model pendekatan *top-down* yang dirumuskan oleh Donald Van Metter dan Carl Van Horn ini merupakan sebuah abstraksi atau performansi suatu implementasi kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan publik yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini menurut Van Metter dan Carl Van Horn mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari keputusan politik yang tersedia, pelaksana, dan kinerja kebijakan publik.

Terdapat 6 (enam) variabel menurut Van Metter dan Carl Van Horn dalam Agustino (2008:142–144) yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik tersebut, adalah:

1. Ukuran dan Tujuan Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika-dan-hanya-jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan.

2. Sumber Daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia.

3. Karakter Agen Pelaksanan

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan publik.

4. Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para Pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari (agen) pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja kebijakan implementasi publik.

5. Komunikasi antar Organisasi dan Aktivitas Pelaksana

Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka kesalahan sangat kecil untuk terjadi.

6. Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik

Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik yang tidak kondusif dapat memicu kegagalan kinerja implementasi kebijakan.

2.2.2.2 Model Implementasi Kebijakan Paul A. Sabatier dan Daniel Mazmanian

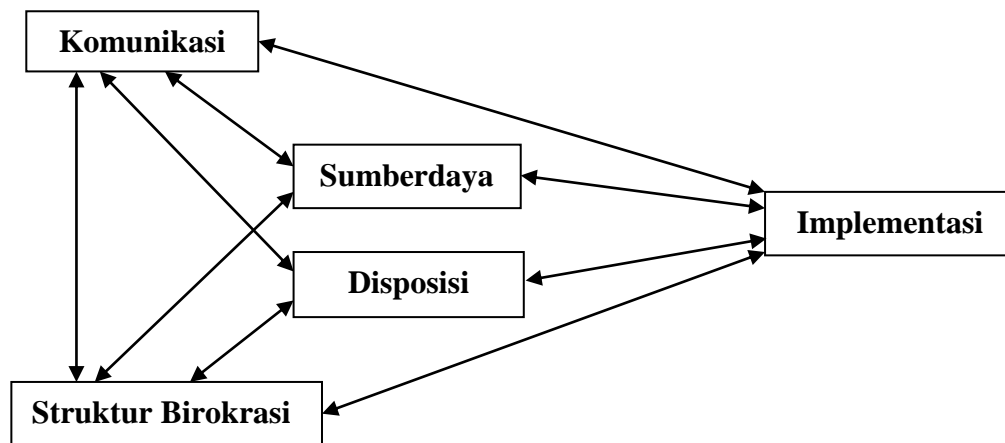
Model Paul A. Sabatier dan Daniel Mazmanian dalam Wahab (2004:81) mengatakan bahwa analisis implementasi kebijakan negara adalah melakukan identifikasi variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan dari seluruh proses implementasi. Variabel yang dimaksud telah dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar menurut Agustino (2008:145-148), yaitu:

1. Mudah atau tidaknya masalah yang akan digarap atau dikendalikan, meliputi:
 - (a) kesukaran-kesukaran teknis; (b) keberagaman perilaku yang diatur; (c) persentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran; dan (d) tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki.
2. Kemampuan kebijakan untuk menstrukturkan proses implementasi secara tepat, meliputi:
 - (a) kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai; (b) keterandalan teori kausalitas yang diperlukan; (c) ketetapan alokasi sumber dana; (d) keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana; (e) aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana; (f) kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang; dan (g) akses formal pihak-pihak luar.
3. Variabel-variabel di luar undang-undang yang mempengaruhi proses implementasi, meliputi:
 - (a) kondisi sosial, ekonomi, dan teknologi; (b) dukungan publik; (c) sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat; dan (d) kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

2.2.2.3 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III

Model implementasi kebijakan publik yang berperspektif *top down* ini dikembangkan oleh George C. Edward III. Pendekatan yang dikemukakan oleh Edward III mempunyai empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu: (1) komunikasi; (2) sumber daya; (3) disposisi; dan (4) struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut dapat diaplikasikan dalam model pendekatan di bawah ini:

Bagan 1. Model Implementasi Edward III



Sumber: Edward III (1980:48) dalam Indiahono (2009:33)

Variabel *pertama* yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan, menurut George C. Edward III adalah komunikasi. Menurut Edward III dalam Indiahono (2009:31), komunikasi menunjuk bahwa setiap kebijakan akan dapat dilakukan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (*kebijakan*) dengan para kelompok sasaran (*target group*). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat disosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi (kesalahpahaman) atas kebijakan dan program. Ini menjadi penting karena semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas

program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program dan kebijakan dalam ranah yang sesungguhnya.

Komunikasi menurut George C. Edward III dalam Agustino (2008:150) sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan mereka kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik, sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus harus dikomunikasikan kepada bagian personalia yang tepat. Komunikasi diperlukan agar para pembuat keputusan dan para implementor akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

Variabel *kedua* yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan adalah sumber daya. Menurut Edward III dalam Indiahono (2009:31–32), sumber daya yaitu menunjuk setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas maupun kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Lebih lanjut dijelaskan menurut George C. Edward III dalam Agustino (2008:151), kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena sumber daya yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten dibidangnya. Penambahan jumlah sumber daya saja tidaklah cukup, tetapi diperlukan pula kecukupan sumber daya dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan dalam mengimplementasikan kebijakan.

Sumber daya finansial menurut George C. Edward III dalam Indiahono (2009:48) adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program/kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi program/kebijakan pemerintah. Sebab, tanpa kehandalan implementor, kebijakan berjalan lambat dan seadanya. Sedangkan sumber daya finansial menjamin keberlangsungan program/kebijakan. Tanpa ada dukungan finansial yang memadai, program tak dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran.

Variabel *ketiga* yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan adalah disposisi. Menurut Edward III dalam Indiahono (2009:32), disposisi yaitu menunjuk karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/program. Karakter yang paling penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen, dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam *guideline* (kerangka kerja) program.

Komitmen dan kejujuran implementor membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan program/kebijakan. Menurut George C. Edward III dalam Agustino (2008:152), jika pelaksanaan kebijakan ingin efektif, maka para

pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak bias.

Variabel *keempat* yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan adalah stuktur birokrasi. Menurut Edward III dalam Indiahono (2009:32) struktur birokrasi menunjuk bahwa struktur birokrasi menjadi penting dalam implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi ini mencakup dua hal penting yaitu mekanisme dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi program biasanya sudah ditetapkan melalui *Standard Operating Procedure* (SOP) yang dicantumkan dalam *guideline* program/kebijakan. Seperti yang dikemukakan oleh George C. Edward III dalam Agustino (2008:153), SOP adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai atau pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada setiap harinya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

SOP yang baik mencantumkan kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit dan mudah dipahami oleh siapapun karena akan menjadi acuan dalam bekerjanya implementor. Sedangkan struktur organisasi pelaksana pun sejauh mungkin menghindari hal yang berbelit, panjang dan kompleks. Struktur organisasi pelaksana harus dapat menjamin adanya pengambilan keputusan atas kejadian luar biasa dalam program secara cepat. Menurut George C. Edward III dalam Agustino (2008:153), ketika struktur organisasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebarkan sumberdaya menjadi tidak efektif dan menghambat jalannya kebijakan.

Keempat variabel di atas dalam model yang dibangun oleh Edward III memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program/kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Selain itu, terdapat pula aplikasi konseptual dari model implementasi George C. Edward III yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Aplikasi Konseptual George C. Edward III Perspektif Implementasi Kebijakan

Aspek	Ruang Lingkup
Komunikasi	a. Implementor dan kelompok sasaran dari program/kebijakan b. Sosialisasi program/kebijakan efektif dijalankan <ul style="list-style-type: none"> - Metode yang digunakan - Intensitas komunikasi
Sumber Daya	a. Kemampuan implementor <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat pendidikan - Tingkat pemahaman terhadap tujuan dan sasaran serta aplikasi detail program - Kemampuan menyampaikan program dan mengarahkan b. Ketersediaan dana <ul style="list-style-type: none"> - Dana yang dialokasikan - Prediksi kekuatan dana dan besaran biaya untuk implementasi program/kebijakan
Disposisi	Karakter pelaksana <ul style="list-style-type: none"> a. Tingkat komitmen dan kejujuran: dapat diukur dengan tingkat konsistensi antara pelaksanaan kegiatan dengan standar yang telah ditetapkan. Semakin sesuai dengan standar semakin tinggi komitmennya. b. Tingkat demokratis dapat dengan intensitas pelaksana melakukan proses sharing dengan kelompok sasaran, mencari solusi dan masalah yang dihadapi dan melakukan diskresi yang berbeda dengan standar guna mencapai tujuan dan sasaran program.
Struktur Birokrasi	a. Ketersediaan SOP yang mudah dipahami b. Struktur Organisasi; rentang kendali antara pucuk pimpinan dan bawahan dalam struktur organisasi pelaksana. Semakin jauh berarti semakin rumit, birokratis dan lambat untuk merespon perkembangan program.

Sumber: Indiahono (2009: 51–52)

Model konseptual dari Edward III ini dapat digunakan sebagai alat untuk membandingkan implementasi program diberbagai tempat dan waktu. Artinya, empat variabel yang tersedia dalam model dapat digunakan untuk menggambarkan fenomena implementasi kebijakan publik, sehingga dalam penelitian ini, model tersebut dapat digunakan sebagai acuan untuk menggambarkan fenomena implementasi kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

2.2.2.4 Model Implementasi Kebijakan Merilee S. Grindle

Menurut Grindle dalam Agustino (2008:154) ada dua variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan kebijakan (*context of policy*). Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir (*outcomes*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang diraih. Kedua variabel yang digunakan tersebut antara lain:

1. Isi kebijakan (*content of policy*) yang meliputi: (a) kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi kebijakan (*interest affected*); (b) tipe manfaat (*type of benefits*); (c) derajat perubahan yang ingin dicapai (*extent of change envision*); (d) letak pengambilan keputusan (*site of decision making*); (e) pelaksana program (*program implementer*); dan (f) sumberdaya-sumberdaya yang digunakan (*resources committed*).
2. Lingkungan kebijakan (*context of policy*) yang meliputi: (a) kekuasaan, kepentingan-kepentingan dan strategi dari aktor yang terlibat (*power, interest, and strategy of actor involved*); (b) karakteristik lembaga dan rezim yang

berkuasa (*institution and regime characteristic*); dan (c) tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana (*compliance and responsiveness*).

Melalui pemaparan model-model implementasi di atas, peneliti mengadopsi model implementasi kebijakan yang telah dikembangkan oleh George C. Edwards III, karena variabel-variabel yang digunakan dalam model implementasi kebijakan publik tersebut dapat membantu menjawab permasalahan peneliti tentang implementasi kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011. Variabel-variabel tersebut yakni: (1) variabel komunikasi yang meliputi beberapa aplikasi konseptual yaitu implementor BOK, kelompok sasaran BOK, dan sosialisasi kebijakan BOK; (2) variabel sumber daya yang meliputi sumber daya manusia (kemampuan implementor BOK) dan sumber daya finansial (ketersediaan dana BOK); (3) variabel disposisi yang menunjuk pada karakter pelaksana BOK; dan (4) variabel struktur birokrasi yang meliputi ketersediaan SOP dan struktur organisasi BOK.

Selain itu, alasan lainnya adalah karena model implementasi kebijakan yang telah dikembangkan oleh George C. Edwards III sebagai model implementasi kebijakan “*top-down approach*” (pendekatan atas ke bawah), yang mana pendekatan implementasi kebijakan tersebut dilakukan tersentralisir dan dimulai dari aktor tingkat pusat, dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat yakni dimulai dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten, serta Penanggungjawab BOK di Puskesmas, Posyandu sampai Poskesdes. Oleh karena itu, model tersebut sesuai dengan implementasi kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

2.2.3 Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan

Salah satu pendapat yang sangat singkat dan tegas tentang keberhasilan atau kegagalan dari implementasi kebijakan disampaikan oleh D. L. Weimer dan Aidan R. Vining (1999:398) dalam Pasolong (2010:59), setelah mempelajari berbagai literatur tentang implementasi. Menurut mereka ada tiga faktor umum yang mempengaruhi keberhasilan implementasi yaitu:

1. Logika yang digunakan oleh suatu kebijakan, yaitu sampai seberapa benar teori yang menjadi landasan kebijakan atau seberapa jauh hubungan logis antara kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan tujuan atau sasaran yang telah ditetapkan.
2. Hakikat kerja sama yang dibutuhkan, yaitu apakah semua pihak yang terlibat dalam kerja sama merupakan suatu *assembling* produktif.
3. Ketersediaan sumber daya manusia yang memiliki kemampuan, komitmen untuk mengelola pelaksanaannya.

Implementasi kebijakan mempunyai berbagai hambatan yang mempengaruhi pelaksanaan suatu kebijakan publik. Gow dan Morss dalam Pasolong (2010:59) mengungkapkan hambatan-hambatan tersebut antara lain: (1) hambatan politik, ekonomi, dan lingkungan; (2) kelemahan institusi; (3) ketidakmampuan SDM di bidang teknis dan administratif; (4) kekurangan dalam bantuan teknis; (5) kurangnya desentralisasi dan partisipasi; (6) pengaturan waktu (*timing*); (7) sistem informasi yang kurang mendukung; (8) perbedaan agenda tujuan antara aktor; dan (9) dukungan yang berkesinambungan. Menurut George C. Edward III dalam Winarno (2012:179), ada beberapa hambatan yang timbul dalam mengkomunikasikan perintah kebijakan. *Pertama*, pertentangan pendapat antara

para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh para pengambil kebijakan. Pertentangan terhadap kebijakan akan menimbulkan hambatan atau distorsi (kesalahpahaman) seketika terhadap komunikasi kebijakan. Hal ini terjadi karena para pelaksana menggunakan keleluasaan yang tidak dapat mereka elakkan dalam melaksanakan keputusan dan perintah umum.

Kedua, informasi yang melewati berlapis-lapis hierarki birokrasi. Seperti kita ketahui birokrasi mempunyai struktur yang ketat dan cenderung sangat hierarkis. Kondisi ini sangat mempengaruhi tingkat efektifitas komunikasi kebijakan yang dijalankan. Penggunaan sarana komunikasi yang tidak langsung dan tidak adanya saluran-saluran komunikasi yang ditentukan mungkin juga mendistorsikan perintah-perintah pelaksana. *Ketiga*, pada akhirnya penangkapan komunikasi-komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan para pelaksanaan untuk mengetahui persyaratan-persyaratan suatu kebijakan.

Semua hambatan ini dapat dengan mudah dibedakan atas hambatan dari dalam (faktor internal) dan dari luar (faktor eksternal). Menurut Turner dan Hulme (1997:66–67) dalam Pasolong (2010:59), hambatan dari dalam atau yang sering disebut dengan faktor internal dapat dilihat dari ketersediaan dan kualitas *input* yang digunakan seperti sumber daya manusia, dana, struktur organisasi, informasi, sarana dan fasilitas yang dimiliki, serta aturan-aturan, sistem dan prosedur yang harus digunakan. Sedangkan hambatan dari luar atau sering disebut sebagai faktor eksternal dapat dibedakan atas semua kekuatan yang berpengaruh langsung ataupun tidak langsung kepada proses implementasi kebijakan pemerintah, kelompok sasaran, kecenderungan ekonomi, politik, kondisi sosial budaya dan sebagainya.

2.3 Tinjauan Tentang Kebijakan Dana BOK

2.3.1 Definisi BOK

BOK adalah bantuan dana dari Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk meningkatkan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dalam melaksanakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) menuju *Millenium Development Goals* (MDG's) (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210/MENKES/PER/I/2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan).

Upaya kesehatan promotif adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dan pengembangan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, seperti promosi kesehatan, pengendalian penyakit, penyuluhan gizi, penyuluhan penyakit, penyuluhan ASI eksklusif. Sedangkan upaya kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit, seperti pemeriksaan kehamilan, pelayanan imunisasi, pencatatan dan penimbangan bayi dan balita, dan pelayanan gizi.

2.3.2 Tujuan Pemberian Dana BOK

Adapun tujuan umum dari pemberian dana BOK adalah untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif untuk mewujudkan pencapaian target SPM bidang kesehatan dan MDG's pada tahun 2015. Sedangkan tujuan khususnya meliputi:

- (1) memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif kepada

masyarakat; (2) menyediakan dukungan biaya untuk upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bagi masyarakat; dan (3) mendukung terselenggaranya proses Lokakarya Mini di Puskesmas dalam perencanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210/MENKES/PER/I/2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan).

2.3.3 Ruang Lingkup Kegiatan BOK

Ruang lingkup kegiatan BOK tersebut meliputi:

1. Upaya Kesehatan Puskesmas

Upaya kesehatan wajib yang dapat dibiayai dari dana BOK mencakup upaya kesehatan promotif dan preventif yang meliputi: (a) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB); (b) imunisasi; (c) gizi; (d) promosi kesehatan; (e) pengendalian penyakit; dan (f) penyehatan lingkungan.

2. Penunjang Pelayanan Kesehatan

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif dalam upaya kesehatan perlu didukung oleh kegiatan penunjang yang meliputi: (a) bahan kontak; (b) *refreshing*/penyegaran/orientasi kader kesehatan; (c) rapat koordinasi dengan lintas sektor/tokoh masyarakat/tokoh agama/kader kesehatan; dan (d) operasional Posyandu dan Poskesdes.

3. Penyelenggaraan Manajemen Puskesmas

Penyelenggaraan manajemen Puskesmas mencakup:

- a. Perencanaan Tingkat Puskesmas; Kegiatan penyusunan perencanaan kegiatan Puskesmas yang akan dilaksanakan selama satu tahun dari berbagai sumber daya termasuk salah satunya adalah BOK.

- b. Lokakarya Mini Puskesmas; Lokakarya mini Puskesmas merupakan proses penyusunan rencana kegiatan yang telah direncanakan selama satu tahun menjadi kegiatan bulanan yang disepakati dalam bentuk *Plan Of Action* (POA) untuk dilaksanakan, termasuk kegiatan-kegiatan yang akan dibiayai dari BOK.
 - c. Evaluasi merupakan penilaian pencapaian program dan kegiatan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun dari yang direncanakan tersebut.
4. Pemeliharaan Ringan
- Peningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas, sebagian kecil dana BOK dapat dimanfaatkan untuk pemeliharaan ringan di Puskesmas dan jaringannya.

2.3.4 Alokasi Dana BOK

Dana BOK bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Alokasi dana BOK terdiri dari dua macam yaitu:

1. Alokasi dana per Kabupaten/Kota

Besaran alokasi dana BOK untuk setiap Kabupaten/Kota ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan. Pengelolaan keuangan BOK tingkat Kabupaten/Kota diatur dalam buku Pedoman Pengelolaan Keuangan BOK.

2. Alokasi dana per Puskesmas

Besaran alokasi dana BOK setiap Puskesmas di Kabupaten/Kota tersebut ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Nilai besaran setiap Puskesmas memperhatikan situasi dan

kondisi: (a) jumlah penduduk; (b) luas wilayah/kondisi geografis; (c) kesulitan wilayah; (d) cakupan program; (e) jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas dan (f) situasi dan kondisi yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersangkutan.

2.3.5 Pengusulan dan Pencairan Anggaran Kegiatan BOK

Pengusulan dan pencairan anggaran untuk setiap Puskesmas harus mengikuti prosedur berikut:

1. Puskesmas membuat *Plan of Action* (POA) yang merupakan satu kesatuan dengan POA Puskesmas.
2. Berdasarkan POA tersebut, Puskesmas mengusulkan kebutuhan dana untuk kegiatan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
3. Bendahara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan mencairkan permintaan dana Puskesmas berdasarkan persetujuan atas hasil verifikasi Tim Pengelola BOK Tingkat Kabupaten/Kota.
4. Untuk pencairan dana berikutnya dapat dilakukan dengan tetap membuat POA dari hasil lokakarya mini dan melampirkan laporan pemanfaatan dana sebelumnya serta laporan pelaksanaan BOK oleh Puskesmas di Kabupaten/Kota.
5. Untuk Puskesmas terpencil/sangat terpencil, periode pencairan dana dapat diatur berdasarkan kesepakatan Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2.3.6 Penatausahaan Dana BOK

Dalam rangka tertib administrasi pengelolaan dana BOK di Puskesmas, pengelola dana BOK melakukan beberapa kegiatan sebagai berikut:

1. Mencatat dan membukukan dalam buku kas tunai, mempertanggungjawabkan dan melaporkan dalam format Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja (SPTB).
2. Tata cara dan syarat pengajuan dana:
 - a. Menyampaikan rencana kegiatan sesuai POA hasil Lokakarya Mini.
 - b. Pada pengajuan dana, atasan langsung pengelola dana BOK dalam hal ini kepala Puskesmas mengajukan surat permohonan dana kepada Kuasa Pengguna Anggaran/Pejabat Pembuat Komitmen dengan melampirkan Kerangka Acuan Kerja atau *Term of Reference* (TOR).
 - c. Dana diberikan kepada pengelola dana paling cepat 2 (dua) hari sebelum kegiatan dimulai.

2.3.7 Pemanfaatan Dana BOK

Dana BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan sebagai berikut:

1. Upaya Kesehatan yang meliputi: (a) biaya transportasi petugas Puskesmas, Pustu (Puskesmas Pembantu), Poskesdes dan kader kesehatan untuk pelayanan luar gedung; (b) biaya transportasi rujukan dari desa ke Puskesmas, dari Puskesmas ke rumah sakit terdekat; (c) biaya penginapan, bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit dijangkau); (d) uang harian, bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit dijangkau); dan (e) pembelian bahan Pemberian Makanan

Tambahan (PMT) penyuluhan dan PMT pemulihan untuk balita usia 6–59 bulan dengan gizi kurang.

2. Upaya Penunjang yang meliputi: (a) pembelian alat tulis dan penggandaan (untuk Posyandu dan Poskesdes); (b) biaya transportasi dan pembelian konsumsi untuk orientasi atau *refreshing* (penyegaran) kader kesehatan; (c) biaya transportasi untuk peserta rapat koordinasi dengan lintas sektor/tokoh masyarakat/tokoh agama/kader kesehatan ke Puskesmas; dan (d) pembelian konsumsi untuk peserta rapat koordinasi dengan lintas sektor/tokoh masyarakat/tokoh agama/kader kesehatan ke Puskesmas.
3. Manajemen Puskesmas yang meliputi: (a) pembelian alat tulis dan penggandaan untuk Lokakarya Mini Puskesmas; (b) biaya transportasi peserta Lokakarya Mini Puskesmas; (c) pembelian konsumsi untuk Lokakarya Mini Puskesmas; dan (d) biaya transportasi/biaya pos untuk pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
4. Pemeliharaan Ringan Puskesmas
Pemanfaatan dana untuk pemeliharaan ringan yang dimaksud secara garis besar adalah: (a) pemeliharaan ringan alat kesehatan Puskesmas; (b) pemeliharaan ringan sarana sanitasi dan air bersih Puskesmas; (c) pemeliharaan ringan sarana instalasi listrik Puskesmas; (d) pemeliharaan ringan sarana dan ruang pelayanan Puskesmas; dan (e) pembelian termos vaksin, bola lampu, tirai/gorden, seprai, sarung bantal, ember, gayung, sapu, dan keset.

Dana BOK tidak dapat dimanfaatkan untuk berbagai kegiatan sebagai berikut: (a) upaya pengobatan dan rehabilitasi; (b) penanganan gawat darurat; (c) rawat inap; (d) pertolongan persalinan; (e) gaji/honor; (f) investasi/belanja modal; (h) pemeliharaan gedung atau kendaraan; (i) operasional kantor (misal: listrik, air, Alat Tulis Kantor (ATK), fotokopi); (j) obat, vaksin dan alat kesehatan.

2.3.8 Indikator BOK

Indikator BOK yang telah ditetapkan untuk Puskesmas yakni indikator keberhasilan, indikator pencatatan, dan indikator pelaporan.

2.3.8.1 Indikator Keberhasilan

Keberhasilan BOK di Puskesmas dapat dilihat melalui tabel berikut ini.

Tabel 5. Indikator Keberhasilan BOK di Puskesmas

Indikator Input	Persentase Puskesmas yang menerima dana BOK dari SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah)
Indikator Proses	Persentase Puskesmas yang melaksanakan Lokakarya Mini
Indikator Output	<p>Persentase pencapaian target SPM bidang kesehatan, dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cakupan kunjungan ibu hamil. 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani. 3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan memiliki kompetensi kebidanan. 4. Cakupan pelayanan nifas. 5. Cakupan neonatus (bayi baru lahir 0–28 hari) dengan komplikasi ditangani. 6. Cakupan kunjungan bayi. 7. Cakupan desa UCI (<i>Universal Child Immunization</i>). 8. Cakupan pelayanan anak balita. 9. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan. 10. Cakupan pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) pada anak 6–24 bulan dari keluarga miskin. 11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat. 12. Cakupan peserta KB aktif. 13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit. 14. Cakupan Desa Siaga Aktif

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210 Tahun 2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan.

Keterangan:

- a. BOK bukanlah dana utama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
- b. Pencapaian SPM tidak hanya melalui dana BOK.
- c. Besaran target indikator SPM per tahunnya ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mengacu pada target SPM tahun 2015 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Bidang Kesehatan.

2.3.8.2 Indikator Pencatatan

Semua kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas harus dicatat dalam buku pencatatan yang disediakan. Pencatatan kegiatan BOK bukan merupakan bagian terpisah dari pencatatan kegiatan lainnya, namun merupakan satu kesatuan yang terintegrasi dengan pencatatan kegiatan dari sumber dana lainnya.

1. Pencatatan hasil kegiatan secara menyeluruh

Hasil kegiatan harian yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan jaringannya dicatat dalam buku register yang sudah ada atau menggunakan buku pencatatan kegiatan lain. Contohnya:

- a. Pelayanan kesehatan ibu menggunakan buku register ibu
- b. Imunisasi dicatat dalam buku register imunisasi
- c. Penimbangan dicatat dalam buku register gizi/penimbangan
- d. Pelayanan kesehatan bayi dicatat dalam buku register bayi

2. Pencatatan Pemanfaatan Dana BOK

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

2.3.8.3 Indikator Pelaporan

Pelaporan BOK meliputi pelaporan kegiatan secara menyeluruh dan pelaporan keuangan, yang dikirimkan secara berjenjang dari Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan seterusnya sampai ke tingkat pusat. Periode pengiriman laporan dapat diatur berdasarkan kesepakatan antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk Puskesmas terpencil/sangat terpencil.

1. Pelaporan kegiatan secara menyeluruh

Pelaporan kegiatan BOK bukan merupakan bagian terpisah dari pelaporan kegiatan lainnya, namun merupakan satu kesatuan yang terintegrasi dengan pelaporan kegiatan dari sumber dana lainnya. Hasil pencatatan semua kegiatan Puskesmas dalam satu periode tertentu (bulanan) dilakukan rekapitulasi dalam suatu laporan pelaksanaan dengan menggunakan Sistem Pencatatan dan Pelaporan BOK oleh Puskesmas di Kabupaten/Kota yang dikoordinasikan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan. Laporan dari Puskesmas diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan seterusnya secara berjenjang hingga ke tingkat pusat.

2. Pelaporan keuangan

Pelaporan keuangan di tingkat Puskesmas berupa laporan pencairan dan pemanfaatan dana BOK. Bukti pertanggungjawaban uang dan barang dicatat dan disimpan di Puskesmas secara tertib administrasi guna keperluan pemeriksaan oleh aparat pengawas internal maupun eksternal (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210/MENKES/PER/I/2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan).

2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

2.4.1 Pengertian SPM Bidang Kesehatan

SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum (BLU) kepada masyarakat. Pada dasarnya penetapan standar pelayanan bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan yaitu:

1. Terbangunnya komitmen antara pemerintah, legislatif, masyarakat dan *stakeholder* lainnya guna kesinambungan kesehatan.
2. Terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.
3. Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

2.4.2 Prinsip-Prinsip SPM Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan disusun dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Diterapkan dalam urusan wajib. Oleh karena itu, SPM merupakan bagian integral dari pembangunan kesehatan yang berkesinambungan, menyeluruh, terpadu, sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).
2. Diberlakukan untuk seluruh daerah Kabupaten/Kota. SPM harus mampu memberikan pelayanan kepada publik tanpa kecuali (tidak hanya masyarakat miskin), dalam bentuk, jenis, tingkat dan mutu pelayanan yang esensial dan sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

3. Menjamin akses masyarakat memperoleh pelayanan dasar tanpa mengorbankan mutu dan mempunyai dampak luas pada masyarakat.
4. Merupakan indikator kinerja bukan standar teknis, dikelola dengan manajerial professional sehingga efisiensi dan efektifitas penggunaan sumberdaya.
5. Bersifat dinamis.
6. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan dasar (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828 Tahun 2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota).

Berikut ini adalah target SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu tahun 2010.

Tabel 6. SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu Tahun 2010

NO	Indikator	Target %
1	Cakupan kunjungan ibu hamil	95
2	Cakupan komplikasi kebidanan ditangani	100
3	Cakupan persalinan tenaga kesehatan	90
4	Cakupan nifas	100
5	Neonatus komplikasi ditangani	100
6	Cakupan kunjungan bayi	90
7	Cakupan desa UCI (<i>Universal Child Immunization</i>)	100
8	Cakupan pelayanan anak balita	90
9	MP-ASI Maskin pada anak 6–24 bulan keluarga miskin	80
10	Gizi buruk mendapat perawatan	100
11	Cakupan penjarangan siswa SD	100
12	Cakupan peserta KB aktif	70
13	AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>) Rate (per 100.000)	>1
14	Cakupan <i>pneumonia</i> balita ditangani	100
15	Penemuan TbBTA (Tuberkulosis Bakteri)+baru	85
16	Cakupan penderita DBD (Demam Berdarah <i>Dengue</i>) ditangani	100
17	Penderita diare ditangani	100
18	Pelayanan kesehatan dasar Maskin (masyarakat miskin)	15
19	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan Maskin	2
20	Cakupan Gawat Darurat Rumah Sakit level 1	
21	Cakupan desa KLB (Kejadian Luar Biasa) ditangani kurang dari 24 jam	100
22	Cakupan desa siaga aktif	80

Sumber: Data Seksi Sistem Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu Tahun 2011

2.5 Pencapaian Target MDG's Kesehatan melalui Dana BOK

MDG's adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September tahun 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Delapan butir tujuan itu meliputi: pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim; pemerataan pendidikan dasar; adanya persamaan gender dan pemberdayaan perempuan; mengurangi tingkat kematian anak; meningkatkan kesehatan ibu; perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya; menjamin daya dukung lingkungan hidup; dan yang terakhir mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

Setiap negara yang berkomitmen dan menandatangani perjanjian diharapkan membuat laporan MDG's. Pemerintah Indonesia melaksanakannya di bawah koordinasi Badan Perencanaan Nasional (Bappenas) dibantu dengan Kelompok Kerja PBB dan telah menyelesaikan laporan MDG's pertamanya yang ditulis dalam bahasa Indonesia dan kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk menunjukkan rasa kepemilikan pemerintah Indonesia atas laporan tersebut. Laporan sasaran pembangunan milenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian sasaran MDG's, mengukur, dan menganalisa kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian-pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidentifikasi dan meninjau kembali kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi sasaran-sasaran ini.

Kini MDG's telah menjadi referensi penting pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) hingga pelaksanaannya. Walaupun mengalami kendala, namun pemerintah memiliki komitmen untuk mencapai sasaran-sasaran ini dan dibutuhkan kerja keras serta kerja sama dengan seluruh pihak, termasuk masyarakat madani, pihak swasta dan lembaga donor. Pencapaian MDG's di Indonesia akan dijadikan dasar untuk perjanjian kerja sama dan implementasinya di masa depan (http://id.wikipedia.org/wiki/Sasaran_Pembangunan_Milenium, diakses tanggal 11 Februari 2012).

Pembangunan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1992) sebagai salah satu upaya pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, maka diselenggarakan upaya kesehatan yang bersifat pembelajaran dan pengembangan kegiatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan secara berkesinambungan.

Puskesmas adalah bagian yang integral melalui rencana pembangunan pelayanan kesehatan yang kemudian dikembangkan melalui rencana pembanguan kesehatan pada saat ini, yakni harus sesuai dengan Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN), Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan repelita dibidang kesehatan serta peraturan perundang-undangan lainnya. Dengan kata lain, masyarakat semakin kritis terutama sekali menyangkut kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh institusi layanan kesehatan dan tenaga kesehatan. Namun tetap diperlukan

kontribusi positif Pemerintah Daerah dalam peningkatan kinerja Puskesmas tersebut. Oleh karena itu, sekali lagi dikatakan oleh World Health Organization (1999), untuk lebih memaksimalkan perannya maka pihak-pihak yang berada di dalamnya harus berbenah diri dengan salah satu caranya adalah dengan melakukan perencanaan sebaik-baiknya (<http://id.shvoong.com/writing-and-speaking/2113367-pembangunan-kesehatan-sebagai-salah-satu-upaya-pembangunan-nasional/>, diakses tanggal 11 Februari 2012).

Kementerian Kesehatan sebagai penanggungjawab pembangunan kesehatan di Indonesia telah melakukan terobosan untuk mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia melalui berbagai upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Satu diantaranya adalah dengan diluncurkannya dana BOK bagi Puskesmas. Melalui dana BOK tersebut diharapkan kinerja Puskesmas menjadi lebih baik sehingga SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota yang merupakan indikator kinerja pemerintah daerah dapat tercapai, dan yang lebih utama dalam upaya mempercepat pencapaian target MDG's pada tahun 2015 serta upaya mengurangi tingkat kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu.

2.6 Kerangka Pikir

Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah dengan meluncurkan dana BOK berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 494 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan tertanggal 22 April Tahun 2010. Pada tahun 2011, petunjuk teknis tersebut telah melalui tahap penyesuaian dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210 tentang Petunjuk

Teknis Bantuan Operasional Kesehatan tertanggal 25 Januari 2011. Alasan diluncurkannya dana BOK karena empat fungsi Puskesmas dinilai belum berjalan optimal yaitu: Puskesmas sebagai pusat pembangunan wilayah berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer. Selain itu, masih tingginya angka kematian ibu dan anak akibat gizi buruk dan belum optimalnya fungsi Puskesmas juga memicu pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan dalam bentuk komitmen pemerintah daerah.

Dana BOK ini diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan dan menambah biaya operasional kesehatan di seluruh Puskesmas. Puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat memiliki peran dan kedudukan yang amat penting dalam pembangunan kesehatan. Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan Puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan sehingga kualitas pelayanannya harus terus diperbaiki dan kapasitasnya pun harus diperluas agar mampu melayani sebanyak mungkin masyarakat.

Kabupaten Pringsewu merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Lampung yang menerima dana BOK. Pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas Pringsewu dan Puskesmas Wates yang berada di Kabupaten Pringsewu dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya masih menuai berbagai masalah. Hasil dari wawancara prariset dengan Kepala Puskesmas Pringsewu pada tanggal 16 Januari 2012 yang peneliti dapatkan bahwa masih terdapat masalah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dihadapi

oleh Puskesmas Pringsewu yakni keterbatasan dana BOK untuk melaksanakan kegiatan di Puskesmas dan jaringannya.

Berbeda dengan permasalahan yang ada di Puskesmas Wates, terdapat berbagai masalah lain yang peneliti dapatkan dari data wawancara dengan Kepala Puskesmas Wates pada tanggal 24 April 2012. Masalah sosialisasi pada pelaksanaan kegiatan BOK di Puskesmas Wates kepada kader Posyandu dan masyarakat dinilai masih kurang, banyak warga yang belum mengetahui tentang kebijakan BOK tersebut. Selain itu, masalah perbedaan persepsi juga kerap kali terjadi dalam hal pemanfaatan/penggunaan dana dan pembuatan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja (SPTB), sehingga pada awal diluncurkannya dana BOK pada pertengahan tahun 2010 lalu, Puskesmas Wates memiliki sisa dana terbanyak apabila dibandingkan dengan Puskesmas lainnya di Kabupaten Pringsewu, padahal seharusnya Puskesmas ini bisa memanfaatkan dana tersebut secara maksimal.

Permasalahan tersebut memerlukan berbagai upaya yang maksimal dari semua pihak baik dari Tim Pengelola Tingkat Pusat (Kementerian Kesehatan), Tim Pengelola Tingkat Provinsi (Dinas Kesehatan Provinsi), dan Tim Pengelola Tingkat Kabupaten/Kota (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) serta Puskesmas. Melalui permasalahan tersebut, peneliti ingin mengkaji tentang implementasi kebijakan dana BOK di Puskesmas Pringsewu Kecamatan Pringsewu dan Puskesmas Wates Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu serta menganalisis faktor-faktor yang mendukung dan menghambat terselenggaranya kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

Melalui pemaparan model-model implementasi di atas, peneliti mengadopsi model implementasi kebijakan yang telah dikembangkan oleh George C. Edwards III, karena keempat fokus yang digunakan dalam model implementasi kebijakan publik tersebut dapat membantu menjawab permasalahan peneliti tentang implementasi kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

Selain itu, alasan lainnya adalah karena model implementasi kebijakan yang telah dikembangkan oleh George C. Edwards III sebagai model implementasi kebijakan “*top-down approach*” (pendekatan atas ke bawah), yang mana pendekatan implementasi kebijakan tersebut dilakukan tersentralisir dan dimulai dari aktor tingkat pusat, dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat. Oleh karena itu, model tersebut sesuai dengan implementasi kebijakan dana BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2010–2011.

Fokus-fokus tersebut yakni: (1) komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan kelompok sasaran dalam pelaksanaan kegiatan BOK; (2) sumber daya manusia dan sumber daya finansial dalam kegiatan BOK; (3) disposisi para implementor BOK; dan (4) struktur birokrasi pelaksana BOK. Fokus tersebut akan menjadi acuan dalam penelitian apakah implementasi kebijakan BOK di Kecamatan Pringsewu dan Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu sesuai dengan tujuan yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 494/Menkes/SK/IV/2010 telah yang mengalami revisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 210/MENKES/PER/I/2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan.