

KEEFEKTIVAN MANAJEMEN ANGGARAN BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK) DI PUSKESMAS BALONGSARI KOTA SURABAYA

Harini Iva Mardiyanti

Mahasiswa Program Studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Airlangga

Abstract

The purpose of this research was to describe the effectiveness of budget management of Health Operational Assistance at Balongsari Health Center of Surabaya. This research is important because primary health care is the first coating in the provision of health services to the community, which is expected to provide service quickly and accurately in addressing health problems, especially at Balongsari health center. The theory used in this study uses the theory of performance budget with priority budgeting approach. To measure how efficient the use of budget for health operational assistance at Balongsari health centers uses 3 performance indicators, namely input, output, dan outcome. This research uses the mix method or methods of quantitative and qualitative. Quantitative methods in this study are limited to survey results by distributing questionnaires to respondents, then the results are presented with descriptive statistics with the use of frequency tables. Qualitative methods are only used to streng then quantitative data analysis. Then mixing the results of the conclusion of the research which was injectable and validated

The results obtained from this research indicated that the effectiveness of budget management of Health Operational Assistance at Balongsari Health Center is effective. This is seen from 3 dimensions of effectiveness of budget management which is said to succeed that the input dimension is sufficient, the output is optimal and outcome is in line with expectations.

Keywords: Effectiveness, Input, Output, Outcome, and Health Operational Assistance.

Pendahuluan

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis¹. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam mendukung pembangunan ekonomi serta dalam upaya menanggulangi kemiskinan.

Salah satu ukuran kualitas yang dapat digunakan untuk mengetahui sejauh mana kualitas pembangunan manusia yang telah berhasil dicapai adalah dengan *Human Development Index* (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan meningkatnya IPM. Seperti pada tabel 1. IPM Indonesia setiap tahun terus meningkat.

Tabel 1
Indeks Pembangunan Manusia Indonesia

Tahun	HDI
2013	68,31
2014	68,90
2015	69,53
2016	70,18
2017	70,81

Sumber: Badan Pusat Statistik tahun 2013-2017²

Pada tahun 2013 nilai keseluruhan IPM Indonesia adalah 68,31. Pada tahun 2014 meningkat menjadi 68,90. Pada tahun 2015 meningkat menjadi 69,53. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 70,18. Kemudian meningkat kembali pada tahun 2017 menjadi 70,81. IPM Nasional yang terus meningkat disetiap tahunnya juga diikuti oleh Provinsi Jawa Timur. Selanjutnya dalam tabel 2. menunjukkan bahwa IPM Provinsi Jawa Timur terus meningkat setiap tahunnya namun masih dibawah IPM Nasional.

¹ Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. 2016. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

² www.bps.go.id. Diakses 20 Juli 2018, pukul 08.00

Tabel 2
Indeks Pembangunan Manusia Jawa Timur

Tahun	HDI
2013	67,55
2014	68,14
2015	68,95
2016	69,74
2017	70,27

Sumber: Badan Pusat Statistik tahun 2013-2017³

Pada tahun 2013 nilai keseluruhan IPM Provinsi Jawa Timur adalah 67,55. Pada tahun 2014 meningkat menjadi 68,14. Pada tahun 2015 meningkat menjadi 68,95. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 69,74. Kemudian meningkat kembali pada tahun 2017 menjadi 70,27. IPM Provinsi Jawa Timur yang terus meningkat disetiap tahunnya juga diikuti oleh IPM Kota Surabaya. Selanjutnya pada tabel 3. menunjukkan bahwa IPM Kota Surabaya juga terus meningkat setiap tahunnya, dimana nilai IPM keseluruhan Kota Surabaya berada diatas Jawa Timur.

Tabel I.3.
Indeks Pembangunan Manusia Kota Surabaya

Tahun	HDI
2013	78,50
2014	78,87
2015	79,47
2016	80,38
2017	81,07

Sumber: Badan Pusat Statistik tahun 2013-2017⁴

Pada tahun 2013 nilai keseluruhan IPM Kota Surabaya adalah 78,50. Pada tahun 2014 meningkat menjadi 78,87. Pada tahun 2015 meningkat menjadi 79,47. Pada tahun 2016 meningkat menjadi 80,38. Kemudian meningkat kembali pada tahun 2017 menjadi 81,07. IPM Kota Surabaya memang sudah berada diatas Jawa Timur dimana pada tahun 2017 IPM Kota Surabaya mencapai 81,07 sedangkan Provinsi Jawa Timur 70,27. Dengan kondisi tersebut kualitas SDM Kota Surabaya harus terus ditingkatkan mengingat SDM merupakan faktor penentu bagi kemampuan daerah untuk menjadi daerah yang memiliki daya saing tinggi.

Untuk menjamin agar peningkatan kualitas pelayanan publik benar-benar dapat terealisasi secara nyata, kedepan salah satu perangkat yang dibutuhkan sebagai acuan adalah SPM (Standar Pelayanan Minimal)⁵. Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat pemerintah telah mengambil langkah dengan mewajibkan Pemerintah Daerah dapat mencapai SPM yang telah ditetapkan dalam menyelenggarakan pelayanan dasar yang merupakan bagian dari pelaksanaan urusan wajib untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat. Peningkatan

akses pelayanan kesehatan pada masyarakat terus dilakukan melalui peningkatan dan pemerataan akses pelayanan pada Puskesmas dan jaringannya di semua wilayah. Demikian pula dengan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), khususnya Poskesdes dan Posyandu.

Salah satu Puskesmas di Kota Surabaya yang menerima anggaran BOK yaitu Puskesmas Balongsari. Puskesmas Balongsari merupakan salah satu Puskesmas di Kota Surabaya yang berada di Kecamatan Tandes Surabaya Barat. Keberhasilan Puskesmas Balongsari dalam memberikan pelayanan yang berkualitas tidak luput dari kinerja pegawai puskesmas dalam memanfaatkan anggaran BOK.

Pelayanan dikatakan berkualitas atau memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat sebagai penerima pelayanan. Pelayanan yang berkualitas tidak hanya berfokus pada hasil akhir dan penyelenggaraan pelayanan sementara, melainkan pada proses pemberian pelayanan. Artinya, dalam mengukur apakah pelayanan publik dapat dikatakan berkualitas bukan hanya pada hasil akhir namun kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh proses penyelenggaraan pelayanan tersebut.

Melalui Program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. BOK merupakan bantuan dana dari pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI kepada pemerintah daerah untuk mendukung operasional Puskesmas dalam rangka pencapaian program kesehatan prioritas nasional, khususnya dalam melaksanakan kegiatan yang bersifat promotif preventif sebagai bagian upaya kesehatan masyarakat.

Penyaluran anggaran BOK merupakan salah satu bentuk dari tanggung jawab pemerintah dalam pembangunan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Khususnya dalam meningkatkan upaya kesehatan promotif dan preventif guna tercapainya target SPM Bidang Kesehatan.

Dalam pengelolaan anggaran BOK merupakan satu kesatuan sumber pembiayaan operasional untuk pelaksanaan upaya kesehatan bersama sumber dana lain yang ada di Puskesmas seperti dan APBD, kapitasi BPJS, dan dana lainnya yang dikelola menggunakan mekanisme APBD. Anggaran BOK yang tersedia di Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk mendukung kegiatan Puskesmas dan jaringannya, termasuk Poskesdes dan Posyandu.

Keberhasilan Puskesmas Balongsari dalam memberikan pelayanan yang berkualitas tidak luput dari kinerja pegawai puskesmas dalam memanfaatkan anggaran BOK. Pelayanan dikatakan berkualitas atau memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ Aziz Alimul. 2006. *Penyusunan Standart Pelayanan Minimal Kesehatan di Kabupaten/kota. Edisi 3*. Jakarta: Buku kedokteran EGC. Hal 4.

kebutuhan dan harapan masyarakat sebagai penerima pelayanan. Pelayanan yang berkualitas tidak hanya berfokus pada hasil akhir dan penyelenggaraan pelayanan sementara, melainkan pada proses pemberian pelayanan. Artinya, dalam mengukur apakah pelayanan publik dapat dikatakan berkualitas bukan hanya pada hasil akhir namun kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh proses penyelenggaraan pelayanan tersebut.

Dana BOK tersebut digunakan untuk melakukan upaya Kesehatan Masyarakat, berikut rincian program dan anggaran yang terserap.

Tabel 4
Upaya Kesehatan, Anggaran, Prosentase yang Penyerapan
Anggaran BOK Tahun 2017

No.	Upaya Kesehatan	Anggaran	Prosentase
1.	Upaya kesehatan Ibu	Rp. 15.512.100	90,56%
2.	Upaya kesehatan neonatus bayi	Rp. 540.000	66,67%
3.	Upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja	Rp. 13.298.500	67,69%
4.	Upaya kesehatan usia reproduksi	Rp. 1.072.500	90,66%
5.	Upaya kesehatan perbaikan gizi	Rp. 30.430.500	91,07%
6.	Upaya kesehatan usia lanjut	Rp. 4.953.000	94,52%
7.	Upaya kesehatan lingkungan	Rp. 25.244.500	87,71%
8.	Promosi kesehatan	Rp. 30.309.500	86,07%
9.	Imunisasi	Rp. 31.973.500	72,59%
10.	Surveylans dan respon KLB	Rp. 2.282.500	92,53%
11.	Upaya kesehatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular	Rp. 27.491.300	46,20%
12.	Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular	Rp. 5.973.000	41,20%
13.	Upaya kesehatan jiwa	Rp. 20.240.000	96,23%
14.	Upaya kesehatan tradisional	Rp. 2.220.000	77,08%
15.	Manajemen puskesmas	Rp. 47.544.120	66,43%

Sumber: Rekap penyerapan sesuai bulan kegiatan tahun 2017 Puskesmas Balongsari.

Pada Rencana Alokasi Anggaran (RKA) tahunan Puskesmas Balongsari mengalokasikan anggaran sebesar Rp. 355.277.180⁶ untuk anggaran 2017, kemudian pada realisasinya tidak bisa menyerap hingga 100%, penyerapan dana BOK Puskesmas Balongsari yaitu sebesar 72,94% dengan rincian anggaran Rp. 259.085.020. Dari upaya kesehatan masyarakat yang telah dilakukan oleh Puskesmas Balongsari maka ditentukan capaian hasil dari program kegiatan yang telah terlaksana.

Dari upaya kesehatan masyarakat yang telah dilakukan oleh Puskesmas Balongsari maka ditentukan capaian hasil dari program kegiatan yang telah terlaksana. Capaian hasil tersebut tertuang dalam SPM Puskesmas Balongsari. Konsep SPM yang digunakan yaitu sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang SPM bidang kesehatan yang

memuat 12 jenis pelayanan dasar yang harus dilakukan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Berikut capaian SPM Puskesmas Balongsari:

Tabel 5
SPM Puskesmas Balongsari tahun 2017

No.	Kegiatan	Target 2017 (%)	Sasaran	Capaian (%)
1.	Setiap Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar	100%	596	99,33%
2.	Setiap Ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar	100%	569	99,47%
3.	Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	537	100%
4.	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	2018	90,29%
5.	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100%	811	100%
6.	Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100%	22651	47,04%
7.	Setiap Warga Negara Indonesia usia 60 tahun keatas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar	100%	2289	76,10%
8.	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	860	100%
9.	Setiap penderita Diabetes Militus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	2246	37,17%
10.	Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	100%	72	100%
11.	Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar	100%	75	86,67%
12.	Setiap orang beresiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna NAPZA, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar	100%	892	83,41%

Sumber: SPM Puskesmas Balongsari tahun 2017

Dari tabel 5. ada 4 indikator yang telah mencapai target capaian sebesar 100%, dan sisanya belum maksimal capaiannya. Yang telah mencapai 100% yaitu setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan *skrining* kesehatan sesuai standar, setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, dan setiap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Kemudian yang belum maksimal capaiannya yaitu Setiap Ibu hamil

⁶ Rekap Penyerapan Sesuai Bulan Kegiatan Tahun 2017 Puskesmas Balongsari . *Ibid*.

mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar 99,33%, setiap Ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar 99,47%, setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 90,29%, setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan *skrining* kesehatan sesuai standar 47,04%, setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun keatas mendapatkan *skrining* kesehatan sesuai standar 76,10%, setiap penderita Diabetes Militus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 37,17%, setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar 86,67%, setiap orang beresiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna NAPZA, dan warga binaan Lembaga Masyarakat) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar 83,41%.

Pemanfaatan anggaran BOK di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya digunakan sesuai kebutuhan diwilayah kerja Puskesmas Balongsari. Pemanfaatan tersebut sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan yang sudah ditetapkan. Seperti yang diungkapkan Bu Kuntarti pengelola Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya.

“...tidak semua dana yang diajukan dalam RKA dapat diserap semua. Kadang yang kita ajukan ke Dinas sama pas kegiatan dilaksanakan memang beda. Itu kan kebutuhan dilapangan memang seperti itu. Dana BOK ini hanya untuk kegiatan program kesehatan preventif dan promotif sesuai Juknis BOK. Jadi ya memang pada tahun 2017 cuma terserap 72,94%. Terus kalau pelaksananya ya petugas lintas sektor di Puskesmas ini harus ikut terlibat, jadi ya semua program pemerintah harus tetap berjalan. Kadang kami pontang panting atur waktu karena terbatasnya petugas, karena semua terlibat gak hanya satu program saja. Jadi kami ya urus kerja di puskesmas ya sambil jalankan program...”⁷.

Dalam pemanfaatan anggaran BOK, kemampuan administratif atau manajer dalam mengatur instrumental *input* agar proses dapat berjalan sesuai tujuan membutuhkan pemanfaatan anggaran BOK yang efektif dan efisien. Seperti halnya dalam memberikan pelayanan kesehatan, menyediakan dukungan biaya upaya kesehatan, ketersediaan sumber daya manusia dan menyelenggarakan proses lokakarya puskesmas. Dukungan dan perumusan yang jelas dari pemerintah serta peran puskesmas sebagai pelaksana program harus mampu merealisasikan program BOK dengan baik, karena tujuan BOK dapat tercapai apabila ada komitmen dari pelaksanaan program ini.

⁷ Wawancara Ibu Kuntarti di Ruang Sanitasi Puskesmas Balongsari Kota Surabaya, pada tanggal 3 Februari 2018 pukul 10.00 WIB.

Apabila proses dalam manajemen berkualitas maka akan menghasilkan perbaikan yang berkelanjutan dan berimplikasi pada kinerja, sehingga kinerja aparatur dapat berdampak pada *outcome* yang nantinya dihasilkan akan menjadi lebih baik sesuai dengan harapan.

Anggaran Kinerja

Anggaran merupakan pernyataan mengenai estimasi kinerja yang ingin dicapai selama periode waktu tertentu yang dinyatakan dalam ukuran finansial⁸. Anggaran merupakan rencana keuangan yang telah disusun dan digunakan selama periode tertentu, hal ini penting bagi pemerintah dalam mengestimasi kinerja yang akan dicapai nantinya.

Dengan dikeluarkannya Undang Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, maka adanya perubahan tentang penganggaran. Anggaran berbasis kinerja sebagai pendekatan penganggaran akan mengubah fokus pengukuran pencapaian program dan kegiatan yang semula berdasarkan besarnya jumlah alokasi sumber daya bergeser pada hasil yang dicapai dari penggunaan sumber daya tersebut. Pendekatan penganggaran ini mengedepankan pemilihan untuk mendanai program/kegiatan yang menjadi prioritas nasional dengan menekankan pada efisiensi alokasi anggaran, serta transparansi dan akuntabilitas yang ditujukan dengan kejelasan sasaran kinerja.

Konsep *money follow program* sebagaimana yang disampaikan oleh Presiden Joko Widodo dan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala BAPPENAS Sofyan Djalil, maupun Menteri Koordinator Perekonomian Darmin Nasution, yang menegaskan perlunya pendekatan penganggaran yang berdasarkan pada bobot program/kegiatan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh pemerintah, dimana program/kegiatan yang memiliki bobot yang tinggi jika memberi manfaat yang besar kepada rakyat⁹.

Menurut Jon Jonhson¹⁰ anggaran kinerja merupakan proses pengambilan keputusan secara obyektif dan transparan untuk memastikan bahwa program yang dijalankan memiliki nilai tinggi dengan tujuan untuk mencapai tujuan organisasi yang efektif.

⁸ Mardiasmo. *Akuntansi sektor publik*. 2009. Yogyakarta. BPF. Hal 61.

⁹ Warta Anggaran. *Majalah Keuangan Publik*. edisi 30. 2016. Hal 10.

¹⁰ Jon Johnson. *Achieving Fiscal Health and Wellness through Priority Based Budgeting*. 2011. Englewood. Center For Priority Based Budgeting. Hal 5.

Menurut Marc Robinson dan Duncan Last¹¹ penganggaran kinerja merupakan mekanisme yang berbeda dalam menghubungkan dana dengan hasil, penganggaran kinerja tidak boleh dipandang dalam artian sempit namun harus dipandang sebagai bagian dari reformasi anggaran yang lebih luas dengan memusatkan manajemen publik lebih pada hasil dan lebih sedikit pada proses internal.

Dalam menyelenggarakan penganggaran maka perlu diperhatikan unsur-unsur anggaran kinerja, unsur-unsur yang dimaksud antara lain¹²:

1. Pengukuran Kinerja. Pengukuran kinerja merupakan proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan juga menggunakan informasi untuk menentukan keefektifan dan keefisienan pelayanan yang dilaksanakan oleh pemerintah dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
2. Penghargaan dan Hukuman (*Reward and Punishment*). Pelaksanaan sistem anggaran berbasis kinerja sulit dicapai dengan maksimal tanpa ditunjang dengan faktor-faktor yang dapat menunjang pelaksanaan anggaran berbasis kinerja yaitu berupa penghargaan dan hukuman bagi para pelaksana anggaran.
3. Kontrak Kinerja. Jika sistem anggaran berbasis kinerja telah berkembang dengan baik, maka kontrak kinerja dapat diterapkan.
4. Kontrol Eksternal dan Internal. Kontrol eksternal terhadap penggunaan anggaran harus dilakukan oleh lembaga yang berada di luar pengguna anggaran.
5. Pertanggungjawaban Manajemen. Jika sistem penganggaran tradisional menekankan pada kontrol *input*, maka sistem anggaran berbasis kinerja ditekankan pada *output*.

Fungsi dari anggaran berbasis program, yaitu¹³:

1. Anggaran sebagai alat analisis kebijakan (*program budgeting as an instrument of policy analysis*).
2. Anggaran sebagai alat untuk meningkatkan kinerja pemerintah (*program budgeting as a means of improving managerial performance*).
3. Anggaran untuk alokasi dan manajemen biaya (*program budgeting for allocating and managing cost*).
4. Anggaran sebagai perencanaan proses (*program budgeting is a planning proses*).

¹¹ Marc Robinson dan Duncan Last. *A Basic Of Performance-Based Budgeting*. Washington DC. *International Monetary Fund*. Hal. 5.

¹² Badan Pendidikan dan Pelatihan Keuangan (BPPK). 2008. *Pengukuran Kinerja. Suatu Tinjauan pada Instansi Pemerintah*. Jakarta. Hal 14.

¹³ Kim M. John. *Budgeting program item-Line Item. Global Lessons and the Korean Case*. Korean Institute Of Public Finance. Hal 44-59.

Pengukuran Kinerja

Menurut *Oxford English Dictionary*¹⁴, kinerja merupakan “*the accomplishment, execution, carrying out, working out of anything ordered or undertaken*”. Menurut menurut Bernadin dan Russel¹⁵. Selanjutnya kinerja diartikan sebagai “*the record of outcomes produced on a specified job function or activity during a specified time period*”. Kedua definisi tentang kinerja diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kinerja menekankan pada tingkat pencapaian hasil dari suatu kinerja program atau kebijakan yang dilakukan oleh seseorang, kelompok, maupun organisasi.

Untuk menentukan hasil kinerja maka diperlukan pengukuran kinerja dengan menggunakan parameter penilaian kinerja. Parameter penilaian kinerja menggunakan indikator kinerja. Indikator merupakan alat penting dalam mengevaluasi kinerja implementasi suatu kebijakan atau program/kegiatan. Dengan adanya indikator maka dapat mengetahui keberhasilan maupun kegagalan implementasi kebijakan ataupun program.

Menurut Worl Bank¹⁶, “*performance indicator are measures of project impact, outcomes, outputs, and inputs that are monitored during project implementation to access progress toward project objectives. They are also used later to evaluate a project's success*”. Bahwa indikator kinerja merupakan ukuran *input, output, outcome, dan impact* program yang di monitoring selama pelaksanaannya sampai dengan progres dari tujuan yang sudah ditetapkan.

Indikator kinerja yang digunakan meliputi:

a. Masukan (*input*)

Masukan (*input*) merupakan segala sesuatu yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu kegiatan untuk menghasilkan keluaran atau memberikan pelayanan. Menurut Leo Agustino¹⁷, keberhasilan suatu pelaksanaan kebijakan ditentukan oleh:

Sumber Daya Aparatur (SDA), kelembagaan, sarana, prasaranan, dan teknologi, finansial, dan regulasi.

b. Keluaran (*Output*)

¹⁴ Erwan Agus Purwanto dan Dyah Ratih Sulistyawati. 2015. *Implementasi Kebijakan Publik. Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media. Hal 99.

¹⁵ Yermias T. Keban. 2008. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik. Konsep, Teori, dan Isu*. Yogyakarta. Gava Media. Hal 210.

¹⁶ Agus Erwan. *Op.cit*. Hal 102.

¹⁷ Leo Agustino. 2016. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung. Alfabeta. Hal 180.

Keluaran (*Output*) merupakan produk atau keluaran langsung dari suatu aktivitas/kegiatan yang dilaksanakan. Indikator keluaran dapat menjadi landasan untuk menilai kemajuan suatu kegiatan apabila target kinerjanya dikaitkan dengan sasaran-sasaran kegiatan yang terdefinisi dengan baik dan terukur. Menurut Ripley¹⁸ ada berbagai indikator yang dapat digunakan untuk menilai kualitas *policy output*, yaitu sebagai berikut: akses, cakupan (*coverage*), frekuensi, bias, ketepatan layanan (*service delivery*), akuntabilitas, dan kesesuaian program dengan kebutuhan.

c. Hasil (*Outcome*)

Hasil (*Outcome*) menggambarkan hasil nyata dari keluaran (*output*) suatu kegiatan dan mencerminkan berfungsinya *output* tersebut. Indikator *policy outcome* yaitu untuk menilai hasil implementasi suatu kebijakan. Dalam kerangka logis pengukuran kinerja penilaian dalam hasil (*outcome*) meliputi tahapan *initial outcome* (*outcome* jangka pendek), *intermediate outcome* (*outcome* jangka menengah), dan *long-term outcome* (*outcome* jangka panjang)¹⁹.

- a. *Initial outcome* (*outcome* jangka pendek), merupakan pembelajaran (*learning*) yang meliputi *awareness* (kesadaran), *knowledge* (pengetahuan), *attitudes* (sikap), *skill* (ketrampilan) dan seterusnya.
- b. *Intermediate outcome* (*outcome* jangka menengah), merupakan aksi (*actions*), yang meliputi *behavior* (perilaku), *decision making* (pengambilan keputusan), dan seterusnya.
- c. *Long-term outcome* (*outcome* jangka panjang), merupakan kondisi yang diharapkan (*conditions*), yang meliputi kondisi ekonomi, kondisi sosial, kondisi sipil, dan kondisi kesehatan.

Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)

BOK merupakan bantuan dana dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mendukung operasional puskesmas dalam rangka pencapaian program kesehatan prioritas nasional, khususnya kegiatan promotif preventif sebagai bagian dari upaya kesehatan masyarakat²⁰. BOK diharapkan dapat mendekatkan petugas kesehatan kepada masyarakat dan memberdayakan masyarakat, melalui

mobilisasi kader kesehatan untuk berperan aktif dalam pembangunan kesehatan²¹.

Tujuan umum BOK yaitu meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan untuk upaya kesehatan promotif dan preventif di wilayah kerja puskesmas²². Sedangkan tujuan khusus yaitu menyelenggarakan upaya kesehatan promotif dan preventif utamanya pelayanan diluar gedung puskesmas, menyelenggarakan fungsi manajemen puskesmas untuk mendukung kinerja, menyelenggarakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, dan menyelenggarakan kerja sama lintas sektoral dalam mendukung program kesehatan²³.

Dana BOK yang merupakan bagian dari Dana Alokasi Khusus Non Fisik dialokasikan kepada setiap Kabupaten/Kota dengan peruntukan bagi puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai fasilitas rujukan UKM Sekunder termasuk Balai Kesehatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknis bila ada, dan instalasi farmasi Kabupaten/Kota²⁴.

Dana BOK yang diterima dapat digunakan untuk kegiatan-kegiatan promotif dan preventif serta kegiatan dukungan manajemen yang meliputi²⁵: 1) kegiatan puskesmas (meliputi upaya kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh tim Nusantara Sehat, kegiatan STBM, pengangkatan tenaga kontrak promosi kesehatan di Puskesmas yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan di Puskesmas Kabupaten/Kota), 2) kegiatan Balai Kesehatan Masyarakat, 3) kegiatan Dinas Kabupaten/Kota.

Metode Penelitian

Dilihat dari latar belakang dan permasalahan, maka metode penelitian yang baik digunakan untuk menjawab rumusan masalah yaitu menggunakan metode penelitian campuran (*mix methods*). Penggunaan metode kualitatif dan kuantitatif diharapkan dapat memperkaya data dan lebih memahami fenomena sosial yang diteliti, terdapat usaha untuk menambahkan informasi kualitatif pada data kuantitatif²⁶.

Tujuan penelitian ini menggunakan metode campuran untuk menjelaskan keefektifan anggaran Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas

¹⁸ Agus Erwan. *Op.cit.* Hal 106-110.

¹⁹ Taylor-Powel,E., Jones, L., & Henert,E. *Enhancing Program Performance With Logic Models. University of Wisconsin.* Hal 20.

²⁰ Kementerian Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016. Op.Cit.* Hal 71.

²¹ *Ibid.* Hal 71.

²² Kementerian Kesehatan RI. *Ibid.* Hal 71.

²³ *Ibid.* Hal 71.

²⁴ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Masri Singarimbun dan Sofian Effendi (Editor). *Metode Penelitian Survei.* Jakarta. LPES.2008. Hal. 9.

Balongsari. Penemuan dari tahap kuantitatif ini digunakan untuk mengukur keefektifan manajemen anggaran di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya. Kemudian dari hasil tersebut peneliti menambahkan data yang ada dilapangan dengan menggunakan metode campuran tersebut yaitu menambahkan dengan wawancara mendalam.

Tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipe penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu, peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta dengan tanpa melakukan pengujian hipotesa²⁷.

Lokasi penelitian yang dipilih berada di Kota Surabaya, peneliti memilih lokasi penelitian ini di Puskesmas Balongsari yang merupakan salah satu penerima alokasi anggaran BOK di Kota Surabaya yang belum menyerap anggaran BOK 100% selain itu kendala sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan BOK masih kurang.

Penelitian Kuantitatif

Metode kuantitatif dapat diartikan sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat, positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik²⁸

Maksud dari penelitian ini adalah untuk mengukur, menilai, serta mendeskripsikan bagaimana keefektifan manajemen puskesmas dalam mengelola anggaran BOK di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya, kemudian menghasilkan informasi yang dapat memperbaiki manajemen pengelolaan anggaran sehingga dapat meningkatkan kinerja Puskesmas nantinya.

Populasi dalam penelitian ini adalah petugas Puskesmas Balongsari, baik tenaga medis maupun non medis. Jumlah populasi Puskesmas Balongsari adalah sejumlah 51 orang, yaitu seperti pada tabel berikut:

Tabel 6
Populasi dalam penelitian

No.	Tenaga	Jumlah
1.	Dokter	6 orang
2.	Dokter gigi	2 orang
3.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1 orang
4.	Psikologi	1 orang
5.	Bidan	11 orang
6.	Perawat	9 orang
7.	Perawat gigi	1 orang
8.	Sanitarium	1 orang
9.	Petugas gizi	1 orang
10.	Apoteker	1 orang
11.	Asisten apoteker	1 orang
12.	Analisis laboratorium	1 orang
13.	Tenaga administrasi	5 orang
14.	Sopir	2 orang
15.	IT	1 orang
16.	Rekam medis	1 orang
18.	Linmas	2 orang
19.	Bidan kelurahan	3 orang
20.	Terapis batra	1 orang
	Jumlah	51 orang

Sumber: Profil Puskesmas Balongsari tahun 2017²⁹

Sampel yang akan digunakan oleh peneliti adalah sampel yang menjadi representasi dari keseluruhan petugas kesehatan Puskesmas yang berkaitan dengan Program Bantuan Operasional Kesehatan. teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*. Sampel yang diambil atas pertimbangan tertentu, dimana sampel dipilih berdasarkan kriteria petugas puskesmas yang terlibat dalam manajemen anggaran BOK. Tidak semua petugas Puskesmas terlibat dalam manajemen anggaran BOK, petugas Puskesmas Balongsari yang terlibat langsung dalam BOK berjumlah 30 orang, Sehingga sampel pada penelitian ini berjumlah 30 responden.

Pengumpulan data dilakukan dengan menyebar kuesioner untuk mendapatkan data primer. Tipe pertanyaan kuesioner yang diajukan pada responden bersifat semi terbuka, artinya peneliti memberikan sejumlah pertanyaan dengan sejumlah jawaban yang telah tersusun tetapi masih ada kemungkinan responden untuk memberikan tambahan jawaban. Peneliti memberikan 3 jawaban untuk dipilih dan 1 jawaban apabila responden memberikan jawaban tambahan yang belum tersedia pada pilihan jawaban yang disediakan.

Teknik analisis yang digunakan dengan menggunakan statistik deskriptif. Statistik deskriptif merupakan statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau

²⁷ Masri Singarimbun. *Op.Cit.* Hal. 4.

²⁸ Sugiyono. *Metode penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung. Alfabeta. 2017. Hal 7.

²⁹ Profil Puskesmas balongsari. *Opcit.* Hal 47.

menggambarkan data yang terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi³⁰.

Untuk menganalisis pada penelitian ini menggunakan satu variabel independen sehingga hanya menyusun tabel frekuensi. Tabel frekuensi disusun untuk semua variabel penelitian dan disusun secara tersendiri³¹. Tabel frekuensi digunakan sebagai bahan dasar untuk menganalisa selanjutnya sehingga penyusunan dapat terarah.

Untuk menentukan penilaian maka menggunakan kategori rata-rata jawaban pengukuran variabel pada setiap dimensi sebagai ukuran klasifikasi. Pada penelitian ini kategori jawaban yang diberikan memiliki nilai yang sama sehingga untuk mengukur kategori jawaban diberikan kode 1 sampai dengan 4. Namun dalam penyusunan kategori jawaban peneliti telah mengurutkan penyusunan jawaban dari yang buruk/rendah sampai baik/tinggi agar mendapatkan pilihan jawaban konsisten.

Berikut merupakan klasifikasi penilaian variabel penelitian, seperti pada tabel 1.10 berikut:

Tabel 7
Kategori rata-rata jawaban penilaian variabel

Skor	Kode	Klasifikasi
3,25<a<4,00	4	Sangat Tinggi
2,50<a<3,25	3	Tinggi
1,75<a<2,50	2	Rendah
1,00<a<1,75	1	Sangat Rendah

Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif adalah untuk mengumpulkan statemen dan informasi penelitian yang selanjutnya statemen ini digunakan untuk membantu memperkuat data kuantitatif. Pada penelitian ini, data kualitatif didapatkan melalui wawancara dengan informan secara mendalam, sehingga memperoleh gambaran tentang keefektivan penggunaan anggaran BOK dimana data ini nantinya digunakan untuk memperkuat kesimpulan tentang keefektivan penggunaan anggaran Bantuan Operasional Kesehatan penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *purposive*, yaitu teknik penentuan informan dengan dasar pertimbangan bahwa informan dapat mengetahui tentang informasi yang akan didapatkan.

Informan dibutuhkan untuk memberikan informasi tambahan mengenai *output* dan *outcome* setelah memperoleh intervensi program Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas Balongsari Kota

Surabaya. Informan yang digunakan untuk menggali informasi dan variasi informasi tentang *output* dan *outcome* program Bantuan Operasional Kesehatan adalah kader kesehatan. Penentuan jumlah informan adalah kader kesehatan. Penentuan jumlah informan dipilih hanya 3 orang karena adanya keterbatasan waktu. Berikut informan pada penelitian ini:

Tabel 8
Nama Informan yang Diperoleh

No.	Nama	Keterangan
1.	Ibu Wiwik	Kader kesehatan
2.	Ibu Ika	Kader kesehatan
3.	Ibu Imam	Kader kesehatan

Teknik pengumpulan data dengan desain campuran dilakukan secara bersamaan, data diambil baik itu dari data kualitatif maupun data kuantitatif. Kedua data tersebut saling menunjang, data kualitatif pada penelitian ini digunakan untuk mendukung dan memperkuat data kuantitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung dan wawancara mendalam

Memeriksa akurasi hasil penelitian digunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu yang lain diluar alat itu sendiri untuk keperluan pengecekan sebagai pembanding data. Adapun teknik pemeriksaan keabsahan data pada penelitian ini adalah triangulasi sumber data.

Hasil dan Pembahasan

Keefektivan Dimensi Input Program Bantuan Operasional Kesehatan

Analisa kuantitatif dilakukan pada responden petugas Puskesmas Balongsari. Pengukuran dimensi *input* berdasarkan indikator sumberdaya aparatur, kelembagaan, sarana, prasarana, dan teknologi, finansial, dan regulasi.

Berikut hasil rata-rata keefektivan dimensi *input* pada petugas Puskesmas Balongsari:

Tabel 9

No	Dimensi	Indikator	Rata-rata Indikator	Rata-rata
1.	<i>Input</i>	a. Sumber Daya Aparatur	2,06	2,66
		b. Kelembagaan	2,86	
		c. Sarana, prasarana, dan teknologi	2,81	
		d. Finansial	2,86	
		e. Regulasi	2,71	

Dari hasil pengukuran statistik pada tabel 9 rata-rata jawaban responden petugas Puskesmas terhadap terhadap indikator Sumber Daya Aparatur adalah 2,06 yaitu Sumber Daya Aparatur yang terlibat

³⁰ Sugiyono. *Op.cit.* Hal 147.

³¹ Masri Singarimbun. *Op. Cit.* Hal 266.

dapat dikatakan kurang, indikator kelembagaan adalah 2,86 yaitu kapasitas puskesmas dalam pelaksanaan BOK dapat dikatakan cukup, indikator sarana dan prasarana adalah 2,81 yaitu kebutuhan sarana dan prasarana pendukung dapat dikatakan cukup, indikator finansial adalah 2,86 yaitu sumber dana yang dibutuhkan dapat dikatakan cukup, dan indikator regulasi adalah 2,71 yaitu regulasi yang digunakan mendukung program dapat dikatakan cukup.

Kemudian dari hasil rata-rata jawaban responden petugas Puskesmas terhadap sumber daya aparatur, kelembagaan, sarana dan prasarana, finansial, dan regulasi ditemukan hasil 2,66 sehingga *input* yang dibutuhkan untuk mendukung program BOK ini dapat dikatakan sudah mencukupi.

Keefektivan Dimensi Output Program Bantuan Operasional Kesehatan

Analisa kuantitatif dilakukan pada responden petugas Puskesmas Balongsari. Pengukuran dimensi *output* berdasarkan indikator akses, cakupan, frekuensi, bias, ketepatan layanan, akuntabilitas, dan kesetaraan program dengan kebutuhan.

Berikut hasil rata-rata keefektivan dimensi *output* pada petugas Puskesmas Balongsari:

Tabel 10

No.	Dimensi	Indikator	Rata-rata Indikator	Rata-rata
1.	<i>Output</i>	a. Akses	2,07	3,03
		b. Cakupan	3,80	
		c. Frekuensi	3,52	
		d. Bias	2,60	
		e. Ketepatan layanan	2,93	
		f. Akuntabilitas	3,36	
		g. Kesesuaian program dengan kebutuhan	2,92	

Dari hasil pengukuran statistik pada tabel 10 rata-rata jawaban responden petugas Puskesmas terhadap indikator akses adalah 2,07 yaitu akses yang diperoleh belum optimal, indikator cakupan adalah 3,80 yaitu cakupan sasaran yang memperoleh layanan sudah sangat tepat, indikator frekuensi adalah 3,52 yaitu intensitas sasaran memperoleh pelayanan sangat sering, indikator bias adalah 2,60 yaitu tingkat pemberian pelayanan sudah tepat tidak menyimpang, indikator ketepatan layanan adalah 2,93 yaitu pelaksanaan pelayanan sudah tepat waktu, indikator akuntabilitas adalah 3,36 yaitu pertanggungjawaban sudah sangat baik, dan indikator kesesuaian program dengan kebutuhan adalah 2,92 yaitu kesesuaian program dengan kebutuhan sudah baik.

Kemudian dari hasil rata-rata jawaban responden petugas Puskesmas terhadap tingkat akses, cakupan (*coverage*), frekuensi, bias, ketepatan layanan (*service delivery*), akuntabilitas, dan kesesuaian

program dengan kebutuhan ditemukan hasil adalah 3,03 sehingga *output* yang dihasilkan dapat dikatakan sudah optimal.

Hasil analisa kuantitatif didukung dengan hasil analisa kualitatif. Analisa kualitatif terhadap ketiga informan kader kesehatan di Puskesmas Balongsari. Dalam praktiknya kegiatan yang dilakukan sesuai dengan apa yang di perintahkan dari Puskesmas. Semua kegiatan yang direncanakan sesuai dengan kebutuhan prioritas di wilayah kerja Puskesmas Balongsari. Dengan adanya kemudahan akses bagi warga untuk memperoleh pelayanan, intensitas warga memperoleh pelayanan dan intensitas kader mendapatkan penyuluhan, dan program kegiatan yang diberikan oleh Puskesmas sudah sesuai dengan kebutuhan warga Balongsari, Tandes, dan Karang Poh sehingga *output* sudah dapat dikatakan optimal.

Keefektivan Dimensi Outcome Program Bantuan Operasional Kesehatan

Analisa kuantitatif dilakukan pada responden petugas Puskesmas Balongsari. Pengukuran dimensi *outcome* berdasarkan indikator *awareness, knowledge, skill, behavior, decision making, dan conditions*.

Berikut hasil rata-rata keefektivan dimensi *outcome* pada petugas Puskesmas Balongsari:

Tabel 11

No.	Dimensi	Indikator	Rata-rata Indikator	Rata-rata
1.	<i>Outcome</i>	a. <i>Awareness</i>	2,85	2,77
		b. <i>Knowledge</i>	2,98	
		c. <i>Skill</i>	2,75	
		d. <i>Behavior</i>	2,92	
		e. <i>Decision making</i>	2,50	
		f. <i>Conditions</i>	2,70	

Dari hasil pengukuran statistik pada tabel 11 rata-rata jawaban petugas Puskesmas terhadap indikator *awareness* adalah 2,85 yaitu dapat dikatakan kesadaran Tinggi, indikator *knowledge* adalah 2,98 yaitu dapat dikatakan pengetahuan tinggi, indikator *skill* adalah 2,75 dapat dikatakan keterampilan tinggi, indikator *behavior* adalah 2,92 dapat dikatakan perubahan perilaku tinggi, indikator *decision making* 2,50 yaitu dapat dikatakan pengambilan kebijakan sudah baik, dan indikator *condition* adalah 2,70 dapat dikatakan kondisi yang diharapkan sudah baik.

Dari hasil pengukuran statistik pada tabel III.17.2. dapat dilihat rata-rata jawaban responden petugas Puskesmas terhadap indikator *awareness, knowledge, skill, behavior, decision making, dan conditions* ditemukan hasil 2,77 sehingga *outcome* yang diharapkan dapat dikatakan sudah tercapai.

Hasil analisa kuantitatif didukung dengan hasil analisa kualitatif. Analisa kualitatif terhadap

ketiga informan kader kesehatan. Dalam praktiknya kegiatan yang diberikan ke warga menjadikan pengetahuan warga meningkat akan pentingnya kesehatan, kesadaran warga meningkat untuk selalu menjaga kesehatan diri dan lingkungan sekitar, dan adanya perubahan perilaku seperti menjaga kebersihan lingkungan. Selain warga, kader kesehatan diwilayah Puskesmas Balongsari juga terjadi perubahan setelah mengikuti kegiatan penyuluhan, yaitu meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan kegiatan yang diikuti warga. Dengan adanya perubahan perilaku, peningkatan kesadaran, dan peningkatan pengetahuan akan pentingnya kesehatan oleh warga Balongsari, Tandes, dan Karang Poh menunjukkan bahwa *outcome* yang dihasilkan sudah berhasil.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa data dan interpretasi data yang telah dilakukan tentang Keefektifan Manajemen Anggaran Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya adalah efektif.

Kesimpulan ini berdasarkan pada 3 dimensi dalam penilaian mengenai keefektifan manajemen anggaran. Dari ketiga dimensi *input*, *output* dan *outcome* sudah dikatakan berhasil, yaitu:

- a. Keefektifan Dimensi *Input* dalam Manajemen Anggaran Bantuan Operasional Kesehatan

Berdasarkan hasil statistik responden Puskesmas rata-rata terhadap keefektifan manajemen anggaran di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya atas dimensi *input* adalah 2,66 yaitu dapat dikatakan sudah mencukupi/memadai.

- b. Keefektifan Dimensi *Output* dalam Manajemen Anggaran Bantuan Operasional Kesehatan

Berdasarkan hasil statistik responden Puskesmas rata-rata terhadap keefektifan manajemen anggaran di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya atas dimensi *output* adalah 3,03 yaitu dapat dikatakan optimal.

- c. Keefektifan Dimensi *Outcome* dalam Manajemen Anggaran Bantuan Operasional Kesehatan

Berdasarkan hasil statistik responden puskesmas rata-rata terhadap keefektifan manajemen anggaran di Puskesmas Balongsari Kota Surabaya atas dimensi *outcome* adalah 2,77 yaitu dapat dikatakan sudah tercapai.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka saran yang bisa diberikan peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Perlu penambahan petugas medis dan non medis yang terlibat dalam program Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas Balongsari, agar kegiatan yang dilaksanakan dapat berjalan

maksimal mengingat Puskesmas Balongsari memiliki jumlah petugas yang banyak dan memiliki kualifikasi pendidikan yang memenuhi untuk terlibat dalam program BOK.

- b. Diluar adanya kekurangan yang menjadi pengganggu berjalannya pelaksanaan program, peneliti menyarankan untuk dapat mempertahankan program Bantuan Operasional Kesehatan karena berdampak positif dalam meningkatkan capaian Standar Pelayanan Minimal kesehatan.

Daftar Pustaka

- Agus, Erwan Purwanto dan Dyah Ratih Sulistyawati. 2015. *Implementasi Kebijakan Publik. Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media.
- Agustino, Leo. 2016. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung. Alfabeta.
- Alimul, Aziz. 2006. *Penyusunan Standart Pelayanan Minimal Kesehatan di Kabupaten/kota*. Edisi 3. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Bastian, Indra. 2006. *Akuntansi Sektor Publik: Suatu Pengantar*. Jakarta. Erlangga.
- Cresswell. John W. 2009. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mardiasmo. 2009. *Akuntansi sektor publik*. Yogyakarta. BPFE
- Masri Singarimbun dan Sofian Effendi (Editor). 2008. *Metode Peneloitian Survei*. Jakarta. LPES.
- Meolong. Lexy. J. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung:PT. Remaja Rosdakarya.
- Pasolong, Harbani. 2010. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Pengukuran Kinerja. Suatu Tinjauan pada Instansi Pemerintah*. 2008. Jakarta: BPPK.
- Samsul Hadi. Dkk. 2011. *Metode Riset Evaluasi*. Yogyakarta:Lakbang Grafika.
- Sugiyono. 2017. *Metode penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung. Alfabeta.
- Sulastomo. 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ulber Silalahi. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yermias T. Keban. 2008. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik. Konsep, Teori, dan Isu*. Yogyakarta. Gava Media.

JURNAL

- Johnson. Jon. 2011. *Achieving Fiscal Health and Wellness through Priority Based Budgeting*. Englewood. Center For Priority Based Budgeting.
- John, M. Kim. *Budgeting program item-Line Item. Global Lessons and the Korean Case*. Korean Institute Of Public Finance.
- Marc Robinson dan Duncan Last. *A Basic Of Performance-Based Budgeting*. Washington DC. International Monetary Fund.

Taylor-Powel,E., Jones, L., & Henert,E. *Enhancing Program Performance With Logic Models.* University of Wisconsin.