

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, bertanggungjawab pada wilayah kerjanya. Dalam era Jaminan Kesehatan Nasional, fungsi Puskesmas seolah bergeser menjadi Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Dalam upaya mendorong dan lebih mengaktifkan kembali fungsi Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas, terutama dalam kegiatan luar gedung, serta agar dapat menjangkau pelayanan secara merata dan berkesinambungan, dibutuhkan dukungan biaya operasional, dan dukungan pembiayaan lainnya. Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan salah satu sumber pendanaan untuk menunjang operasional pelayanan di Puskesmas (Permenkes, 2019).

BOK diharapkan dapat berkontribusi meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat, utamanya melalui kegiatan promotif dan preventif, sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan dengan fokus pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2015 (Kemenkes, 2016).

Realisasi penggunaan dana BOK terbesar adalah untuk program KIA disusul program gizi. Pemanfaatan BOK pada prinsipnya fokus ditujukan untuk akselerasi pencapaian SDGs, terutama Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI), ASI eksklusif dan Gizi Kurang. Program gizi

merupakan salah satu prioritas Kementerian Kesehatan. Keberhasilan program gizi menjadi salah satu indikator utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025. Cakupan ASI eksklusif, penanganan gizi buruk dan cakupan gizi kurang pada balita merupakan indikator program gizi yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (2015-2019), dengan output peningkatan ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat (Nadjib, 2017).

Pada penelitian Aridewi *et al.* (2013) bahwa puskesmas dengan angka serapan BOK yang tinggi berhasil menekan kasus gizi buruk dan gizi kurang dengan pemahaman tentang petunjuk teknis (JUKNIS) BOK yang cukup jelas, pelaksanaan kegiatan sesuai dengan laporan, ada keterlibatan pelaksana dalam penyusunan *plan of action* (POA) serta ada evaluasi pelaksanaan kegiatan. Hasil Penelitian Sihombing (2014) tentang evaluasi pelaksanaan kegiatan Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Kampar Riau dari tahun 2012 sampai dengan Tahun 2017 masih ditemukannya jumlah cakupan gizi buruk dan gizi kurang yang cukup tinggi hal ini disebabkan karena pemanfaatan tenaga kesehatan yang belum maksimal dalam pelaksanaan kegiatan bantuan operasional, belum terintegrasinya sumber dana yang digunakan oleh Puskesmas, sarana penunjang telah memadai guna melaksanakan Standar Pelayanan Minimal, proses masih belum sesuai dengan pedoman petunjuk teknis program yang telah ditetapkan terutama dalam hal perencanaan Puskesmas.

Hal ini menunjukkan bahwa penyerapan dana BOK untuk program gizi memberikan pengaruh terhadap cakupan program gizi. Namun banyak hal lain

yang dapat menyebabkan gagalnya pelaksanaan program gizi, seperti pembuatan PoA yang kurang baik, ataupun kurangnya sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas guna menjalankan program yang telah direncanakan. Program gizi yang menggunakan dana BOK antara lain adalah ASI eksklusif dan gizi kurang. Di Indonesia meskipun sejumlah besar perempuan (96%) menyusui anak mereka dalam kehidupan mereka, namun hanya 42% dari bayi yang berusia di bawah 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif. Pada saat anak-anak mendekati ulang tahunnya yang ke dua, hanya 55% yang masih diberi ASI. Jika dibandingkan dengan target WHO (*World Health Organization*) yang mencapai 50%, maka angka tersebut masih jauh dari target. Berdasarkan data yang dikumpulkan *International Baby Food Action Network* (IBFAN) 2014, Indonesia menduduki peringkat ke tiga terbawah dari 51 negara di dunia yang mengikuti penilaian status kebijakan dan program pemberian makan bayi dan anak (*Infant-Young Child Feeding*).

Tahun 2018 alokasi dana BOK adalah Rp. 1.374.660.043.000 dan yang terealisasi hanya Rp. 750.355.508.103 (54,58%). Untuk Provinsi Aceh realisasi dana BOK pada tahun 2018 adalah sebesar 48,78%, dan 73,75% untuk Kabupaten Aceh Besar. Tahun 2016 alokasi dana BOK untuk Program Gizi di kabupaten Aceh besar adalah Rp.330.680.000, dana tersebut dialokasikan untuk semua program gizi diantaranya adalah ASI eksklusif dan gizi kurang, pada tahun 2016 capaian ASI Eksklusif adalah 56,0% dan cakupan gizi kurang 39,5%, tahun 2017 dana BOK untuk program gizi mengalami peningkatan menjadi Rp. 335.450.000 dan cakupan ASI Eksklusif meningkat menjadi 57,2%

dan angka cakupan gizi kurang adalah 39,0%, pada tahun 2018 dana BOK untuk program Gizi meningkat lagi menjadi Rp. 387.800.000 dan cakupan ASI eksklusif adalah 57,30% dan cakupan gizi kurang menjadi 40%

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 persentase gizi kurang pada balita di Indonesia adalah 17,7% dan di Provinsi Aceh terdapat 18,9%. Laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2017 menunjukkan bahwa angka gizi kurang di Kabupaten Aceh Besar.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti ingin mengkaji lebih jauh tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Permasalahan dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Untuk mengetahui hubungan faktor kebijakan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar.
- 2) Untuk mengetahui faktor cakupan gizi kurang dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar.
- 3) Untuk mengetahui cakupan ASI eksklusif dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1. Manfaat teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat Sebagai kontribusi pada pengembangan ilmu pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*), terutama tentang studi implementasi kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan penyelenggaraan layanan kesehatan terutama upaya peningkatan program gizi.

##### **1.4.2. Manfaat Praktis**

Menambah wawasan peneliti dan dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi bagi pemerintah baik pusat maupun daerah, Dinas Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya serta masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan dari dana BOK. serta penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai data base dan bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

##### **1.4.3. Manfaat bagi peneliti**

Untuk memperluas wawasan keilmuan dan pengetahuan mengenai pemanfaatan dana BOK serta menjadi sarana pengembangan diri melalui penelitian lapangan. Sebagai bahan acuan, informasi, rujukan dan referensi yang diharapkan dapat menambah khasanah wawasan dan merupakan bahan bacaan bermanfaat bagi peneliti ataupun masyarakat umum.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Pembiayaan Kesehatan

Merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Evelyn, 2011). Dari pengertian di atas tampak ada dua sudut pandang ditinjau dari (Kemenkes, 2015) :

1. Penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*) yaitu besarnya dana untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang berupa dana investasi serta dana operasional.
2. Pemakai jasa pelayanan yaitu besarnya dana yang dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan. Adanya sektor pemerintah dan sektor swasta dalam penyelenggaraan kesehatan sangat mempengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa (*income* pemerintah), tapi dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenditure*) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Total biaya kesehatan adalah penjumlahan biaya dari sektor pemerintah dengan besarnya dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta. Dalam pembiayaan kesehatan yang penting adalah bagaimana memanfaatkan biaya tersebut secara efektif dan efisien baik ditinjau dari aspek ekonomi maupun sosial dengan tujuan dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan. Dengan demikian suatu pembiayaan kesehatan dikatakan baik, bila

jumlahnya mencukupi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dengan penyebaran dana sesuai kebutuhan serta pemanfaatan yang diatur secara seksama, sehingga tidak terjadi peningkatan biaya yang berlebihan.

### 3. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber daya manusia kesehatan (SDM Kesehatan) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, Pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

Ada 2 bentuk dan cara penyelenggaraan SDM kesehatan, yaitu :

- 1) Tenaga kesehatan, yaitu semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.
- 2) SDM Kesehatan yaitu tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Tujuan SDM Kesehatan, secara khusus bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut :



- 1) Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.
  - 2) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian.
  - 3) Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.
4. Sumber Daya Obat dan Perbekalan Kesehatan
  5. Pemberdayaan Masyarakat
  6. Manajemen Kesehatan

Sebagai subsistem penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa faktor penting dalam pembiayaan kesehatan yang mesti diperhatikan. Pertama, besaran (kuantitas) anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan pemerintah maupun sumbangan sektor swasta. Kedua, tingkat efektifitas dan efisiensi penggunaan (fungsionalisasi) dari anggaran yang ada (Gani, 2015) .

Terbatasnya anggaran kesehatan di negeri ini, diakui banyak pihak, bukan tanpa alasan. Berbagai hal bias dianggap sebagai pemicunya. Selain karena rendahnya kesadaran pemerintah untuk menempatkan pembangunan kesehatan sebagai sector

prioritas, juga karena kesehatan belum menjadi komoditas politik yang laku dijual di negeri yang sedang mengalami transisi demokrasi ini (Gani A, 2015).

Ironisnya, kelemahan ini bukannya tertutupi dengan penggunaan anggaran yang efektif dan efisien akibatnya, banyak kita jumpai penyelenggaraan program-program kesehatan yang hanya dilakukan secara asal-asalan dan tidak tepat fungsi. Relatif ketatnya birokrasi di lingkungan departemen kesehatan dan instansi turunannya, dapat disangka sebagai biang sulitnya mengejar transparansi dan akuntabilitas anggaran di wilayah ini. Peran serta masyarakat dalam pembahasan fungsionalisasi anggaran kesehatan menjadi sangat minim, jika tak mau disebut tidak ada sama sekali. Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri (Kemenkes, 2010).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) *World Health Organization* sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut (Kemenkes, 2010):

1. Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan.
2. Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin.
3. Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial (SHI).
4. Penggalan dukungan nasional dan internasional.
5. Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional.
6. Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah.
7. Pemantauan dan evaluasi.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa (Gani A, 2015).

### **2.1.1 Tujuan Pembiayaan Kesehatan**

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes, 2011).

### 2.1.2 Strategi dan Unsur-Unsur Pembiayaan Kesehatan

Mekanisme pembayaran (*payment mechanism*), yang dilakukan selama ini adalah provider payment melalui sistem budget, kecuali untuk pelayanan persalinan yang oleh bidan di klaim ke Puskesmas atau Kantor Pos terdekat. Alternatif lain adalah *empowerment* melalui sistem kupon. Kekuatan dan kelemahan alternatif-alternatif tersebut perlu ditelaah dengan melibatkan para pelaku di tingkat pelayanan. Subsistem pembiayaan kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata dan termanfaatkan secara berhasilguna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Sujudi A, 2013)

Unsur-unsur Pembiayaan Kesehatan antara lain (Azwar, 2015) :

#### 1. Dana

Dana digali dari sumber pemerintah baik dari sektor kesehatan dan sektor lain terkait, dari masyarakat, maupun swasta serta sumber lainnya yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dana yang tersedia harus mencukupi dan dapat dipertanggung-jawabkan.

## 2. Sumber daya

Sumber daya pembiayaan kesehatan terdiri dari: SDM pengelola, standar, regulasi dan kelembagaan yang digunakan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung terselenggaranya pembangunan kesehatan.

## 3. Pengelolaan Dana Kesehatan

Prosedur/Mekanisme Pengelolaan Dana Kesehatan adalah seperangkat aturan yang disepakati dan secara konsisten dijalankan oleh para pelaku subsistem pembiayaan kesehatan, baik oleh Pemerintah secara lintas sektor, swasta, maupun masyarakat yang mencakup mekanisme penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan dana kesehatan

Prinsip Subsistem Pembiayaan Kesehatan antara (Azwar, 2015) :

1. Pembiayaan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan swasta. Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk upaya kesehatan dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik Pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya. Pembiayaan kesehatan untuk orang miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab pemerintah. Dana kesehatan diperoleh dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta yang harus digali dan dikumpulkan serta terus ditingkatkan untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai dengan kebutuhan, dikelola secara adil, transparan, akuntabel, berhasilguna dan

berdayaguna, memperhatikan subsidiaritas dan fleksibilitas, berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya ekuitas.

2. Dana Pemerintah ditujukan untuk pembangunan kesehatan, khususnya diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan dengan mengutamakan masyarakat rentan dan keluarga miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta. Selain itu, program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan menjadi prioritas untuk dibiayai.

Dalam menjamin efektivitas dan efisiensi penggunaan dana kesehatan, maka sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan harus dikembangkan menuju bentuk pembayaran prospektif. Adapun pembelanjaan dana kesehatan dilakukan melalui kesesuaian antara perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan dengan tujuan pembangunan kesehatan.

3. Dana kesehatan diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat melalui pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial, sehingga dapat menjamin terpeliharanya dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Setiap dana kesehatan digunakan secara bertanggung-jawab berdasarkan prinsip pengelolaan pemerintahan yang baik (*good governance*), transparan, dan mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

4. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sehat) atau

memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.

5. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan (maching grant) bagi daerah yang kurang mampu.

### **2.1.3 Penyelenggaraan Pembiayaan Kesehatan**

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu proses yang terus-menerus dan terkendali, agar tersedia dana kesehatan yang mencukupi dan berkesinambungan, bersumber dari pemerintah, swasta, masyarakat, dan sumber lainnya. Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui penggalan dan pengumpulan berbagai sumber dana yang dapat menjamin kesinambungan pembiayaan pembangunan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, menggunakannya secara efisien dan efektif (Sujudi A, 2013).

Dalam hal pengaturan penggalan dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, pemerintah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana APBN/APBD, dana dari masyarakat, dan sumber lainnya (Kemenkes, 2010) :

#### **1. Penggalan dana**

Penggalan dana untuk upaya pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya; dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang

didukung dengan pemberian insentif; penggalan dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memanfaatkan berbagai dana yang sudah terkumpul di masyarakat.

Penggalan dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan dengan cara penggalan dan pengumpulan dana masyarakat dan didorong pada bentuk jaminan kesehatan.

## 2. Pengalokasian Dana

Pengalokasi dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas, secara bertahap, dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan.

Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat didasarkan pada asas gotong-royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya. Sedangkan pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan kesehatan.

## 3. Pembelanjaan

Pemakaian dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel serta penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela. Hal ini termasuk program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas) (Kemenkes, 2010).



#### 2.1.4 Hubungan Pembiayaan dengan Derajat Kesehatan

Hubungan pembiayaan dengan derajat kesehatan tidak selalu berbanding lurus, sangat tergantung dari pembiayaan khususnya yang berkaitan erat dengan pengendalian biaya. Amerika Serikat yang pengeluaran untuk kesehatannya paling tinggi (13,7% GNP) pada tahun 2008 (WHO, 2015), derajat kesehatannya yang dilihat dari indikator umur harapan hidup didapatkan untuk laki-laki 73,8 tahun dan wanita 79,7 tahun. Keadaan ini lebih rendah daripada Jepang (umur harapan hidup laki-laki 77,6 tahun dan wanita 84,3 tahun) yang pengeluaran kesehatannya lebih kecil (7% GNP). Hal ini menunjukkan pembiayaan kesehatan di Amerika kurang efisien, yang mungkin terjadi karena sistem pembiayaan kesehatannya sangat berorientasi pasar dengan pembayaran langsung oleh pasien (*out of pocket*) relatif tinggi yaitu kurang lebih 1/3 dari seluruh pengeluaran pelayanan kesehatan. Keadaan ini terjadi juga di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Yang paling terpengaruh oleh peningkatan biaya pelayanan kesehatan adalah aksesitas terhadap pelayanan kesehatan. Dengan pembiayaan langsung, bukan hanya masyarakat miskin, tetapi orang yang mengalami sakit pada saat tidak mempunyai uang pun tidak dapat akses terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu cara pembiayaan yang merupakan pengendalian biaya, sehingga meningkatkan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan asuransi (UNFPA, 2016).

Pembiayaan kesehatan semakin meningkat dari waktu ke waktu dan dirasakan berat baik oleh pemerintah, dunia usaha terlebih-lebih masyarakat pada umumnya. Untuk itu berbagai Negara memilih model sistem pembiayaan

kesehatan bagi rakyatnya, yang diberlakukan secara nasional. Berbagai model yang dominan yang implementasinya disesuaikan dengan keadaan di Negara masing-masing. Beberapa model yang dominan adalah (Atmawikarta A, 2012):

1. Model asuransi kesehatan sosial (*Social Health Insurance*). Model ini dirintis sejak Jerman dibawah Bismarck pada tahun 1882. Model inilah yang berkembang di beberapa Negara Eropa, Jepang (sejak 1922) dan kemudian ke Negara-negara Asia lainnya yakni Philipina, Korea, Taiwan dll. Kelebihan sistem ini memungkinkan cakupan 100% penduduk dan relatif rendahnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan.
2. Model asuransi kesehatan komersial (*Commercial/Private Health Insurance*). Model ini berkembang di AS. Namun sistem ini gagal mencapai cakupan 100% penduduk. Sekitar 38% penduduk tidak tercakup dalam sistem. Selain itu terjadi peningkatan biaya yang amat besar karena terbukanya peluang moral hazard. Sejak tahun 1993; oleh Bank Dunia direkomendasikan pengembangan model Regulated Health Insurance dimana kepesertaan berdasarkan kelompok dengan syarat jumlah minimal tertentu sehingga mengurangi peluang moral hazard.
3. Model NHS (*National Health Services*) yang dirintis pemerintah Inggris sejak usai perang dunia kedua. Model ini juga membuka peluang cakupan 100% penduduk. Namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah akan menjadi beban yang berat.

### 2.1.5 Strategi Pembiayaan Kesehatan

Identifikasi dan perumusan faktor utama pembiayaan kesehatan mencakup aspek-aspek (Atmawikarta A, 2012) :

- 1) Kecukupan/adekuasi dan kesinambungan pembiayaan kesehatan pada tingkat pusat dan daerah yang dilakukan dalam langkah-langkah :
  - a) Mobilisasi sumber-sumber pembiayaan baik sumber-sumber tradisional maupun non tradisional.
  - b) Kesinambungan fiscal space dalam anggaran kesehatan nasional.
  - c) Peningkatan kolaborasi intersektoral untuk mendukung pembiayaan kesehatan.
- 2) Pengurangan pembiayaan *Out Of Pocket* (OOP) dan meniadakan hambatan pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama kelompok miskin dan rentan (pengembangan asuransi kesehatan sosial) yang dilakukan melalui :promosi pemerataan akses dan pemerataan pembiayaan dan utilisasi pelayanan,pencapaian *universal coverage* dan penguatan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan rentan.
- 3) Peningkatan efisiensi dan efektifitas pembiayaan kesehatan yang dilakukan melalui:
  - a) Kesesuaian tujuan kesehatan nasional dengan reformasi pembiayaan yang diterjemahkan dalam instrument anggaran operasional dan rencana pembiayaan.
  - b) Penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan pemberi pelayanan kesehatan (*providers*).

c) Pengembangan best *practices*.

## **2.2 Konsep Realisasi Anggaran**

Realisasi anggaran merupakan suatu serangkaian aktivitas dalam menggunakan sumber daya ekonomi yang dikelola dan diukur dalam satuan rupiah, disusun menurut klasifikasi tertentu secara sistematis untuk satu periode. Menurut Mardiasmo (2009) realisasi adalah proses menjadikan nyata, perwujudan, pelaksanaan yang nyata. Pengertian lain menyebutkan realisasi merupakan proses yang harus diwujudkan untuk menjadi kenyataan dan pelaksanaan yang nyata agar realisasi dapat sesuai dengan harapan diinginkan. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa realisasi suatu proses yang harus diwujudkan untuk menjadi kenyataan dan dalam proses tersebut diperlukan adanya tindakan dan pelaksanaan yang nyata agar realisasi tersebut dapat sesuai dengan harapan yang diinginkan. Realisasi anggaran digunakan untuk memberikan informasi. Informasi akuntansi pertanggungjawaban merupakan informasi yang penting dalam proses perencanaan, pengawasan dan pengendalian.

## **2.3 Kebijakan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)**

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana dari pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu pemerintahan kabupaten/kota untuk melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan menuju SDGs dengan meningkatkan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif (Kemenkes, 2016).

BOK sebagai dukungan pembiayaan di Puskesmas, ditujukan untuk membantu membiayai berbagai upaya kesehatan guna meningkatkan pencapaian target yang diamanatkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, sebagai tolok ukur urusan kewenangan wajib bidang kesehatan yang telah dilimpahkan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Puskesmas sebagai salah satu pelaksana pelayanan bidang kesehatan juga mengemban amanat untuk mencapai target tersebut sehingga masyarakat akan mendapat pelayanan kesehatan yang semakin merata, berkualitas, dan berkeadilan (Kemenkes, 2011).

### **2.3.1. Tujuan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)**

#### **1. Tujuan Umum**

Meningkatnya akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif Puskesmas untuk mewujudkan pencapaian target SPM Bidang Kesehatan dan SDGs pada tahun 2015.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Meningkatnya cakupan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.
- b. Tersedianya dukungan biaya untuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bagi masyarakat.
- c. Terselenggaranya proses Lokakarya Mini di Puskesmas dalam perencanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
- d. Tersedianya acuan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan pengelolaan keuangan BOK

### **2.3.2. Kebijakan Operasional BOK**

1. BOK merupakan bantuan pemerintah kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan SPM Bidang Kesehatan untuk pencapaian SDGs tahun 2015 melalui peningkatan kinerja Puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.
2. Dana BOK adalah dana APBN Kementerian Kesehatan yang penyalurannya pada tahun 2011 melalui mekanisme Tugas Pembantuan ke kabupaten/kota.
3. Dana BOK bukan merupakan penerimaan fungsional yang harus disetorkan ke kas daerah dan pemakaiannya tidak memerlukan izin dari pemerintah daerah.
4. Dengan adanya dana BOK diharapkan pemerintah daerah tidak mengurangi dana yang sudah dialokasikan untuk operasional Puskesmas dan tetap berkewajiban menyediakan dana operasional yang tidak terbiayai melalui BOK.
5. Dana BOK yang tersedia di Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk mendukung kegiatan Puskesmas dan jaringannya, termasuk Poskesdes dan Posyandu.
6. Pemanfaatan dana BOK harus berdasarkan hasil perencanaan yang disepakati dalam Lokakarya Mini Puskesmas yang diselenggarakan secara rutin, periodik bulanan/tribulanan sesuai kondisi wilayah Puskesmas.
7. Pelaksanaan kegiatan di Puskesmas berpedoman pada prinsip keterpaduan, kewilayahan, efisien dan efektif.

### 2.3.3 Upaya Pembangunan Kesehatan melalui BOK

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) utamanya digunakan untuk kegiatan upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif di Puskesmas dan jaringannya termasuk Posyandu dan Poskesdes, dalam rangka membantu pencapaian target SPM Bidang Kesehatan di kabupaten/kota guna mempercepat pencapaian target SDGs (kemenkes RI, 2016)

Upaya Pembangunan Kesehatan tersebut meliputi (Kemenkes, 2011):

1. Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Keluarga Berencana
2. Imunisasi
3. Perbaikan Gizi Masyarakat
4. Kesehatan Lingkungan
5. Promosi Kesehatan
6. Pengendalian Penyakit

### 2.3.4 Implementasi Standar Pelayanan Masyarakat dalam BOK

Setandar Pelayanan Masyarakat (Gani A, 2015) :

- 1) Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah bantuan dana dari pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dalam membantu pemerintahan kabupaten/kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standar pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan menuju *Sustainable Millennium Development Goals* (SDGs) dengan meningkatkan kinerja Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

- 2) SDGs, SDGs (*Sustainable Development Goals*) merupakan kelanjutan dari apa yang sudah dibangun pada SDGs (*Millenium Development Goals*), Tujuan Pembangunan Millenium, yang mulai dijalankan pada September 2000 dan berakhir di tahun 2015. SDGs memiliki 5 pondasi yaitu manusia, planet, kesejahteraan, perdamaian, dan kemitraan yang ingin mencapai tiga tujuan mulia di tahun 2030 berupa mengakhiri kemiskinan, mencapai kesetaraan dan mengatasi perubahan iklim. Salah satu tujuan SDGs adalah kesehatan yang baik dan kesejahteraan termasuk kesehatan ibu dan anak.
- 3) SPM Bidang Kesehatan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pemerintah daerah kabupaten/kota.
- 4) Upaya Kesehatan Preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- 5) upaya Kesehatan Promotif Adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakatsesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
- 6) Tugas Pembantuan adalah penugasan dari pemerintah kepada daerah dan/atau desa, dari pemerintah provinsi kepada kabupaten atau kota dan/atau desa, serta dari pemerintah kabupaten atau kota kepada desa



untuk melaksanakan tugas tertentu dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggung jawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.

- 7) Dana Tugas Pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh daerah dan desa yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan Tugas Pembantuan.
- 8) Bahan Kontak adalah bahan yang dipakai sebagai pendekatan pengenalan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat khususnya untuk komunitas adat terpencil atau masyarakat terasing, contoh: pemberian sabun, pasta gigi, sikat gigi, handuk kecil.
- 9) Belanja Barang adalah pengeluaran untuk menampung pembelian alat tulis kantor (ATK) dan penggandaan, pembelian konsumsi rapat, biaya transportasi, pembelian bahan kontak dan pemeliharaan ringan.
- 10) Biaya Transportasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk mencapai tempat kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu, baik menggunakan sarana transportasi umum atau sarana transportasi yang tersedia di wilayah tersebut atau penggantian bahan bakar minyak atau jalan kaki ke desa yang terpencil/sangat terpencil.
- 11) Pemeliharaan Ringan adalah pengeluaran yang dilakukan dalam rangka pemeliharaan ringan Puskesmas dan jaringannya, meliputi: pemeliharaan ringan alat kesehatan Puskesmas, sarana sanitasi dan air bersih Puskesmas, sarana instalasi listrik Puskesmas, sarana dan ruang

pelayanan Puskesmas serta pembelian barang lainnya seperti seprai, ember dan sapu.

- 12) Surat Pernyataan Riil adalah surat untuk bukti pengeluaran perjalanan dinas yang tidak dapat dibuktikan dengan dokumen pengeluaran/kuitansi.
- 13) Uang Harian adalah uang yang dapat digunakan sebagai uang makan dan uang saku petugas.
- 14) Uang Penginapan adalah biaya yang diperlukan untuk mengganti biaya menginap di penginapan ataupun rumah penduduk dalam rangka melakukan kegiatan ke desa terpencil/sulit dijangkau

## **2.4 Program Gizi Masyarakat**

Menurut Kemenkes RI (2015) upaya perbaikan gizi masyarakat dapat dilakukan melalui pelayanan di tingkat dasar yaitu di puskesmas melalui program sebagai berikut :

### **1. ASI Eksklusif**

ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim. ASI adalah makanan berstandar emas yang tak bisa dibandingkan dengan susu formula atau makanan buatan apapun. Di dalamnya terdapat zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit. Karena itu, penting sekali agar bayi mendapatkan ASI eksklusif (Purwanti, 2012).

Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu sampai 6 bulan, jika usia bayi sudah lebih dari 6 bulan, maka harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun (Roesli, 2012).

## 2. Gizi Kurang

Zat gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Makanan setelah dikonsumsi mengalami proses pencernaan. Bahan makanan diuraikan menjadi zat gizi atau nutrien. Zat tersebut selanjutnya diserap melalui dinding usus dan masuk ke dalam cairan tubuh (Susilowati, 2013).

Pada hakikatnya keadaan gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses kurang makan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa nutrien tidak terpenuhi, atau nutrien-nutrien tersebut hilang dengan jumlah yang lebih besar daripada yang didapat. Keadaan gizi kurang dalam konteks kesehatan masyarakat biasanya dinilai dengan menggunakan kriteria antropometrik statik atau data yang berhubungan dengan jumlah makronutrien yang ada di dalam makanan, yaitu protein dan energy (Gibney, dkk, 2014).

Berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2018, prevalensi gizi kurang pada balita berdasarkan kelompok umur menunjukkan bahwa prevalensi terbesar pada kelompok umur 36-47 bulan yaitu sebesar 14,6% dan terendah pada kelompok umur  $\leq 5$  bulan yaitu sebesar 7,2%. Prevalensi gizi kurang

berdasarkan jenis kelamin yaitu prevalensi gizi kurang pada laki-laki (13,9%) lebih besar daripada perempuan (12,1%).

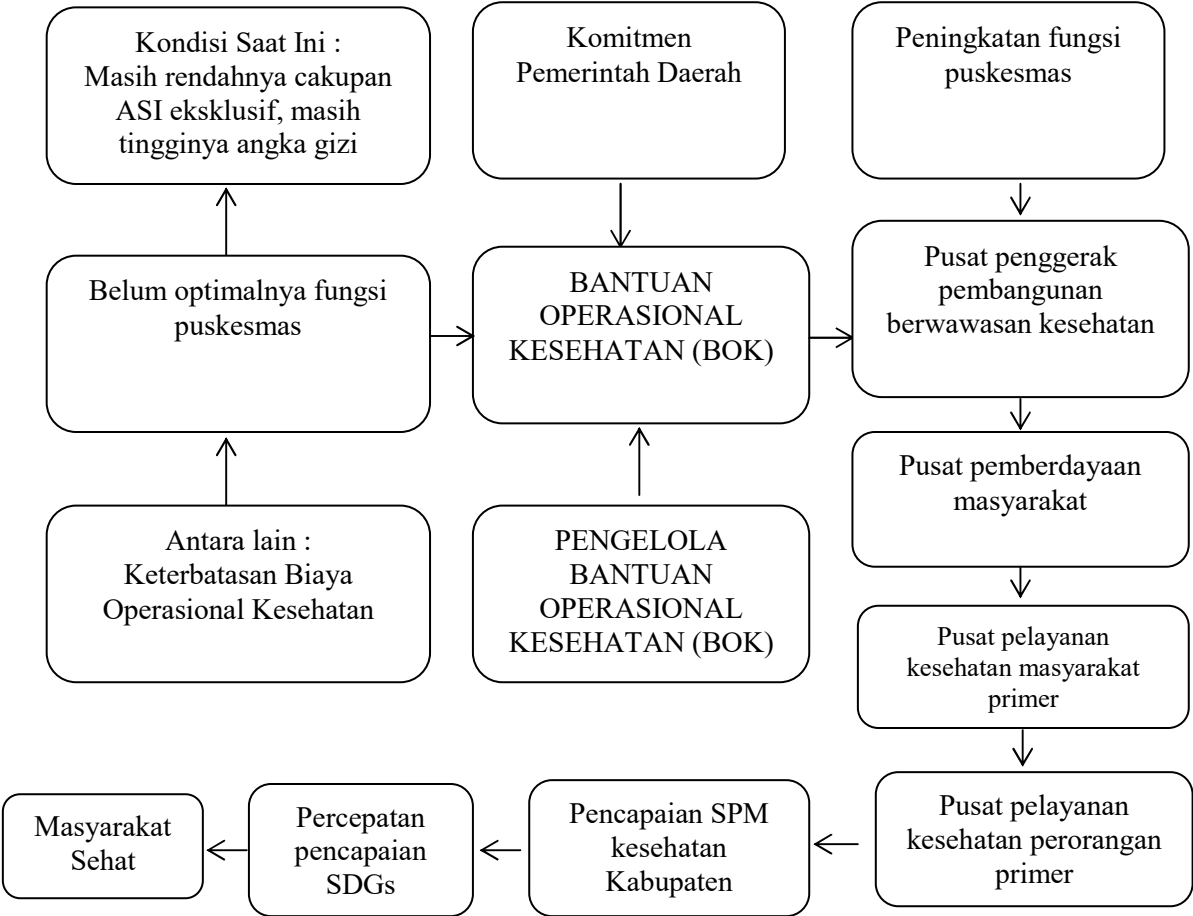
Menurut Suryono dan Supardi (2017) menyatakan bahwa jumlah anak balita yang mengalami KEP maupun Non-KEP mayoritas adalah perempuan (58,5%). Prevalensi gizi kurang berdasarkan tingkat pendidikan terakhir yaitu prevalensi terbesar pada kelompok tidak tamat SD yaitu sebesar 15,7% dan terendah pada kelompok tamat PT (Perguruan Tinggi) yaitu sebesar 7,4%. Prevalensi gizi kurang berdasarkan pekerjaan yang terbesar adalah pada kelompok petani/nelayan/buruh yaitu sebesar 15,2% dan yang terendah pada kelompok yang masih sekolah yaitu sebesar 4,7%. Faktor pendidikan ibu yang kurang dari SMA memiliki kemungkinan 1,3 kali lebih banyak terjadinya status gizi kurang pada anak balita dibandingkan ibu yang berpendidikan lebih dari SMA.

## **2.5 Kerangka Teori**

Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah terobosan baru dari Kementerian Kesehatan sebagai salah satu bentuk dukungan dan tanggung jawab pemerintah bagi pembangunan kesehatan masyarakat di pedesaan dan kelurahan. Kebijakan pemberian bantuan dana ini untuk meningkatkan kinerja puskesmas dan jaringannya dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif (Kemenkes, 2011).

BOK mempunyai tujuan untuk memperlancar kinerja puskesmas dan jaringannya, serta poskesdes dan posyandu dalam menyelenggarakan

pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif sebagai upaya meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkeadilan. Penyediaan dana BOK dimulai pada tahun 2010 kemudian dilanjutkan pada tahun 2011 dan merupakan suatu inovasi baru dalam reformasi pembiayaan kesehatan. Reformasi pembiayaan dari perspektif sasaran intervensi bisa dilakukan pada sisi demand dan pada sisi supply. Selama ini fokus perhatian banyak diberikan pada sisi demand seperti pada jaminan kesehatan, sedangkan sisi supply agak terbengkalai. BOK pada dasarnya adalah intervensi pembiayaan pada sisi supply, yang masih perlu ditelaah efektivitas dan efisiensi penggunaan dana BOK.

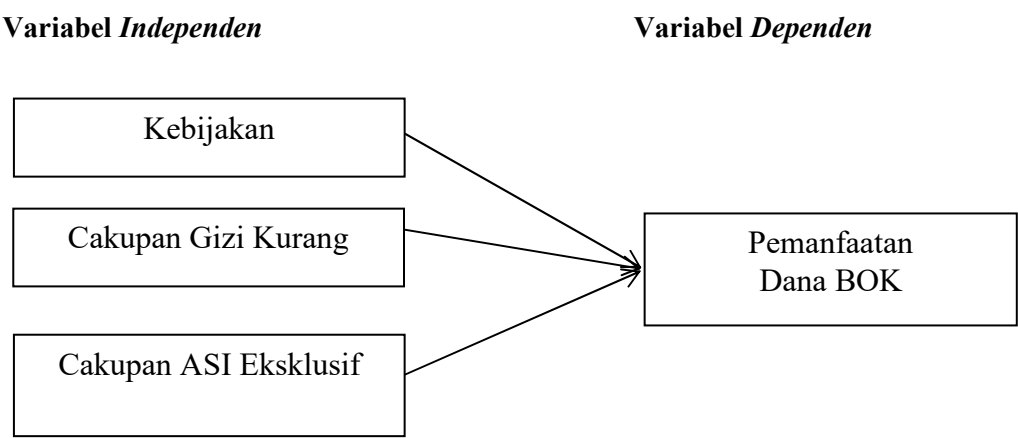


Gambar 2.1. Kerangka Teori  
Sumber: Kemenkes RI, 2011

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEP PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konsep**

Penilaian atau evaluasi merupakan suatu cara yang sistematis untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya. Dana BOK digunakan untuk meningkatkan cakupan program kesehatan diantaranya adalah program gizi. Kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian- penelitian yang akan dilakukan.



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

**3.2 Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah kebijakan, cakupan gizi kurang dan cakupan ASI eksklusif, variabel dependen dalam hal ini adalah pemanfaatan dana BOK.

3.3 Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.3  
Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel dependen						
1	Pemanfataan Dana BOK	Capaian nilai nominal dana BOK yang digunakan oleh puskesmas untuk program gizi	Menyebarkan kuesioner	Kuesioner terdiri dari 5 pertanyaan	Sesuai target jika total skor >50% Tidak sesuai target jika total skor ≤50%	Ordinal
Variabel independen						
2	Kebijakan	Rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. Istilah ini dapat diterapkan pada pemanfaatan dana BOK	Menyebarkan kuesioner	Kuesioner terdiri dari 5 pernyataan	Ada jika total skor > 50% Tidak ada jika total skor ≤ 50%	Ordinal
3	Cakupan gizi kurang	Banyaknya kasus gizi kurang dan bayi yang tidak diberi ASI eksklusif	Menyebarkan kuesioner	Form chek list	Tinggi jika ≥ cakupan gizi kurang provinsi Aceh yaitu 24,8% Rendah jika < cakupan gizi kurang provinsi Aceh yaitu 24,8%	Ordinal
4	Cakupan ASI eksklusif	Capaian program gizi kurang dan ASI eksklusif tahun sebelumnya	Menyebarkan kuesioner	Form Check List	Cukup jika ≥ angka cakupan ASI eksklusif Provinsi Aceh Yaitu 55% Rendah jika < angka cakupan ASI eksklusif Provinsi Aceh Yaitu 55%	Ordinal



### 3.4 Cara Pengukuran Variabel

Teknik pengukuran variabel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

#### 1. Pemanfaatan Dana BOK

Pemanfaatan dana BOK dengan kategori pengelompokkan.

Sesuai target : total skor  $> 75\%$

Tidak sesuai target : total skor  $\leq 75\%$

#### 2. Kebijakan

Kebijakan dengan kategori pengelompokkan.

Ada : jika total skor  $> 75\%$

Tidak ada : jika total skor  $\leq 75\%$

#### 3. Cakupan Gizi Kurang

Cakupan gizi kurang dengan kategori pengelompokkan.

Tinggi :  $\geq$  cakupan gizi kurang provinsi Aceh yaitu 24,8%

Rendah :  $<$  cakupan gizi kurang provinsi Aceh yaitu 24,8%

#### 4. Cakupan ASI eksklusif

Cakupan ASI eksklusif dengan kategori pengelompokkan.

Cukup :  $\geq$  angka cakupan ASI eksklusif Provinsi Aceh Yaitu  
55%

Rendah :  $<$  angka cakupan ASI eksklusif Provinsi Aceh Yaitu  
55%

### 3.5 Hipotesis

1. Ada hubungan kebijakan dengan pemanfaatan dana BOK di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019.

2. Ada hubungan cakupan gizi kurang dengan pemanfaatan dana BOK di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019.
3. Ada hubungan cakupan ASI eksklusif dengan pemanfaatan dana BOK di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain cros sectional. Dikarenakan keterbatasan waktu dan dana maka ruang lingkup penelitian dibatasi pada kebijakan pemerintah melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) melalui program gizi di Kabupaten Aceh Besar.

#### **4.2. Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh kepala puskesmas dan pemegang program gizi yang bertugas di 23 puskesmas dalam kabupaten Aceh Besar

##### **4.2.2 Sampel**

Dalam penelitian ini seluruh populasi menjadi sampel yaitu 46 orang

#### **4.3. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di puskesmas dalam Kabupaten Aceh pada tanggal 20 Juni s/d 15 Juli 2019.

#### **4.4 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data di lakukan dengan cara wawancara langsung dengan responden (pemegang program) untuk pengambilan data skunder , primer, dengan menggunakan data yang dikumpulkan menggunakan instrument berupa kuesioner.

## 4.5 Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dilakukan melalui suatu proses dengan tahapan, adapun tahapan tersebut adalah :

1. *Editing* data (memeriksa) yaitu dilakukan setelah semua data terkumpul melalui check list dan daftar isian pengamatan. Tahap ini bertujuan untuk memeriksa kelengkapan isian check list dan urutan pengecekan.
2. *Coding* data (memberikan kode) yaitu memberi tanda kode terhadap check list yang telah diisi dengan tujuan untuk mempermudah proses pengolahan data selanjutnya.
3. *Transferring* yaitu peneliti sudah memindahkan data ke dalam tabel pengolahan data
4. *Tabulating* data adalah melakukan klarifikasi data yaitu mengelompokkan data variabel masing-masing berdasarkan kuisioner untuk dimasukkan ke dalam tabel.

## 4.6 Analisa Data

### 4.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi atau besarnya proporsi faktor pengaruh yang ditemukan baik pada kasus maupun kontrol pada masing-masing variabel yang diteliti, data yang akan diperoleh berupa frekuensi dan distribusi . Data ini akan dideskripsikan dalam bentuk tabel dan grafik semua variabel yang diteliti, baik variabel bebas (*Independent*) maupun variabel terikat (*Dependent*). Analisa *univariat* menggunakan SPSS.

#### 4.6.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel penelitian dalam hal ini adalah variabel pemanfaatan dana BOK, kebijakan, cakupan program gizi kurang dan cakupan ASI eksklusif. Analisa ini menggunakan uji *Chi square* dengan tingkat kepercayaan 95%, penggunaan uji *Chi square* digunakan karena skala pengukuran dari variabel independen dan dependen penelitian adalah ordinal. Berikut adalah persamaan uji *Chi square* :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dimana :

$X^2$  = Nilai *Chi square*

O = Nilai observasi

E = Nilai ekpektansi (harapan)

Jika salah satu sel tabel terdapat nilai  $E \leq 5$  maka dipakai rumus koreksi

Yates:

$$X^2 = \sum \frac{\{(O - E) - 0.5\}^2}{E}$$

Penilaian dilakukan sebagai berikut :

1. Jika  $p \text{ value} \leq 0,05$ , maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh variabel bebas dengan variabel terikat.
2. Jika  $p \text{ value} > 0,05$ , maka disimpulkan tidak ada pengaruh variabel bebas dengan variabel terikat.

#### **4.7 Penyajian Data**

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca. Setelah pengolahan dan analisa data maka hasilnya akan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Kabupaten Aceh Besar terletak pada garis 5,05° - 5,75° Lintang Utara dan 94,99° - 95,93° Bujur Timur. Sebelah Utara berbatasan dengan Selat Malaka dan Kota Banda Aceh, Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Aceh Jaya, Sebelah Timur dengan Kabupaten Pidie, dan sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Indonesia. Luas wilayah Kabupaten Aceh Besar adalah 2.903,50 km<sup>2</sup>, sebagian besar wilayahnya berada di daratan dan sebagian kecil berada di kepulauan. Sekitar 10% desa di Kabupaten Aceh Besar merupakan desa pesisir.

Kabupaten Aceh Besar terdiri dari 23 Kecamatan, 68 Mukim, dan 604 Gampong/Desa. Jarak antara pusat-pusat kecamatan dengan pusat kabupaten sangat bervariasi. Kecamatan Lhoong merupakan daerah yang paling jauh, yaitu berjarak 106 km dengan pusat ibu kota kabupaten (ibu kota terletak di Kecamatan Kota Jantho) Kabupaten Aceh Besar juga memiliki Kawasan Hutan baik berupa Kawasan Lindung maupun Kawasan Budidaya. Kawasan Lindung memiliki luas 171.367,22 hektar, dimana Hutan Lindung merupakan areal terluas yaitu mencapai 41,08 persen dari luas kawasan lindung yang ada atau seluas 70.402,49 hektar. Kemudian disusul dengan Hutan Produksi seluas 68.594,43 hektar. Sedangkan Kawasan Budidaya yang merupakan Hutan Produksi Tetap memiliki luas 41,28 hektar.

Perkembangan upaya kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan menjadi salah satu pilar utama membangun daerah. Derajat kesehatan

dipengaruhi oleh empat paktor utama yaitu : Lingkungan, Prilaku, Pelayanan Kesehatan dan Genetika Indikator Penting dan sensitive untuk megukur derajat kesehatan masyarakat antara lain : Angka Kematian Ibu ( AKI ), Angka Kematian Bayi (AKB), Umur Harapan Hidup ( UHH ) dan Status Gizi.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas dan pemegang progran gizi di 23 puskesmas dalam kabupaten Aceh Besar. Berikut adalah karakteristik responden penelitian :

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Umur	Frekuensi	Persentase %
1	30-40	14	30,4
2	>40	32	69,6
	Jumlah	46	100.0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden yang terdiri dari kepala puskesmas dan pemegang program gizi berada pada kelompok umur lebih dari 40 tahun yaitu 69,6%.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase %
1	S1	26	56,5
2	D III	20	43,5
	Jumlah	46	100

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019



Pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden yang terdiri dari kepala puskesmas dan pemegang program gizi mayoritas berpendidikan SI yaitu 56,5%.

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jabatan di**  
**Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No	Jabatan	Frekuensi	Persentase %
1	Kepala Puskesmas	23	50,0
2	Pemegang Program Gizi	23	50,0
	Jumlah	46	100,0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden yang terdiri dari kepala puskesmas dan pemegang program gizi sama-sama berprofesi sebagai Kepala Puskesmas dan Pemegang Program Gizi yaitu 50,0%.

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Tentang Kebijakan Pemanfaatan Dana**  
**BOK Puskesmas di Wilayah Kabupaten Aceh Besar**  
**Tahun 2019**

No	Puskesmas	Kebijakan	
		Ada	Tidak Ada
1	Lhoknga	1	1
2	Leupung	1	1
3	Indrapuri	2	-
4	Kuta Cotglie	2	-
5	Lhoong	2	-
6	Seulimum	1	1
7	Kota jantho	2	-
8	Lembah Seulawah	2	-
9	Mesjid Raya	-	2
10	Darussalam	2	-
11	Baitussalam	-	2
12	Kuta Baro	2	-
13	Montasik	-	2
14	Ingin Jaya	1	1
15	Krueng Barona Jaya	2	-
16	Sukamakmur	-	2
17	Kuta Malaka	1	1

18	Simpang Tiga	2	-
19	Darul Imarah	2	-
20	Darul Kamal	2	-
21	Peukan Bada	-	2
22	Lampisang	2	-
23	Blang Bintang	-	2
Jumlah		29	17

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Frekuensi Tentang Cakupan Gizi Kurang**  
**Puskesmas di Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar**  
**Tahun 2019**

No	Puskesmas	Cakupan Gizi Kurang	
		Rendah	Tinggi
1	Lhoknga	-	2
2	Leupung	2	-
3	Indrapuri	-	2
4	Kuta Cotglie	-	2
5	Lhoong	2	-
6	Seulimum	-	2
7	Kota jantho	2	-
8	Lembah Seulawah	-	2
9	Mesjid Raya	-	2
10	Darussalam	-	2
11	Baitussalam	-	2
12	Kuta Baro	-	2
13	Montasik	2	-
14	Ingin Jaya	-	2
15	Krueng Barona Jaya	2	-
16	Sukamakmur	-	2
17	Kuta Malaka	2	-
18	Simpang Tiga	-	2
19	Darul Imarah	-	2
20	Darul Kamal	-	2
21	Peukan Bada	-	2
22	Lampisang	-	2
23	Blang Bintang	-	2
Jumlah		12	34

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Frekuensi Tentang Cakupan ASI Eksklusif**  
**Per Puskesmas di Wilayah Kabupaten Aceh Besar**  
**Tahun 2019**

No	Puskesmas	Cakupan ASI Eksklusif	
		Cukup	Rendah
1	Lhoknga	-	2
2	Leupung	2	-
3	Indrapuri	-	2
4	Kuta Cotglie	-	2
5	Lhoong	2	-
6	Seulimum	-	2
7	Kota jantho	2	-
8	Lembah Seulawah	-	2
9	Mesjid Raya	-	2
10	Darussalam	2	-
11	Baitussalam	2	-
12	Kuta Baro	-	2
13	Montasik	2	-
14	Ingin Jaya	-	2
15	Krueng Barona Jaya	2	-
16	Sukamakmur	-	2
17	Kuta Malaka	2	-
18	Simpang Tiga	-	2
19	Darul Imarah	2	-
20	Darul Kamal	-	2
21	Peukan Bada	2	-
22	Lampisang	2	-
23	Blang Bintang	2	-
Jumlah		26	20

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

**5.2.2 Analisa Univariat**

Variabel yang dideskripsikan secara univariat diantaranya adalah variabel independen dan variabel dependen, variabel independen dalam pebelitian ini adalah kebijakan, cakupan gizi kurang dan cakupan ASI eksklusif sementara variabel dependennya adalah pemanfaatan dana BOK, hasil selengkapnya sebagai berikut :

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kebijakan di Puskesmas dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Kebijakan	Frekuensi	Persentase %
1	Ada	24	52,2
2	Tidak ada	22	47,8
	Jumlah	46	100.0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa ada kebijakan khusus yang dibuat terkait dengan pemanfaatan dana BOK di masing-masing puskesmas yaitu 52,2%.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Cakupan Gizi Kurang di Puskesmas dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Cakupan Gizi Kurang	Frekuensi	Persentase %
1	Tinggi	29	63,0
2	Rendah	17	37,0
	Jumlah	46	100.0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa cakupan gizi kurang di 23 puskesmas yang ada di Kabupaten Aceh Besar adalah masih berada dalam kategori tinggi 63,0%.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Cakupan ASI Eksklusif di Puskesmas dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Cakupan ASI eksklusif	Frekuensi	Persentase %
1	Cukup	22	47,8
2	Rendah	24	52,2
	Jumlah	46	100,0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa cakupan ASI Eksklusif masi rendah yaitu (52,2%)

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pemanfaatan Dana BOK di Puskesmas dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No.	Pemanfaatan Dana BOK	Frekuensi	Persentase %
1	Sesuai Target	21	45,7
2	Tidak sesuai target	25	54,3
	Jumlah	46	100,0

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa Pemanfaatan dana BOK yang ditelusuri dari 23 puskesmas menunjukkan hasil yang tidak sesuai target sebanyak 54,3%.

**5.2.3 Analisa Bivariat**  
**1. Hubungan Kebijakan Dengan Pemanfaatan Dana BOK Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar**

Untuk mengetahui hubungan faktor kebijakan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi dilakukan uji *chi Square test* pada tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Hasil penelitian selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 5.11**  
**Hubungan Kebijakan Dengan Pemanfaatan Dana BOK Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No	Kebijakan	Pemanfaatan Dana BOK				Jml	%	p Value	$\alpha$
		Sesuai Target		Tidak sesuai target					
		f	%	f	%				
1	Ada	15	62,5	9	37,5	24	100	0,036	0.05
2	Tidak ada	6	27,3	16	72,7	22	100		
	Jumlah	21	45,7	25	54,3	46	100		

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.11 di atas menunjukkan bahwa dari 24 responden yang menyatakan ada kebijakan terdapat 62,5% pemanfaatan BOK sesuai target, dan dari 22 responden yang menyatakan tidak ada kebijakan hanya 27,3% pemanfaatan BOK sesuai target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,036$  ( $\alpha < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan kebijakan untuk peningkatan cakupan program gizi di kabupaten Aceh Besar.

**5.2.4 Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan Gizi Kurang di Kabupaten Aceh Besar**

Untuk mengetahui hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan gizi kurang dilakukan uji *chi Square test* pada tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Hasil penelitian selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 5.12**  
**Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan Gizi Kurang Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No	Cakupan Gizi Kurang	Pemanfaatan Dana BOK				Jml	%	p Value	$\alpha$
		Sesuai Target		Tidak sesuai target					
		f	%	f	%				
1	Tinggi	9	31,0	20	69,0	29	100	0,022	0.05
2	Rendah	12	70,6	5	29,4	17	100		
	Jumlah	21	45,7	25	54,3	46	100		

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.12 di atas menunjukkan bahwa dari 29 responden yang menyatakan cakupan gizi kurang kategori tinggi terdapat 69,0% pemanfaatan BOK tidak sesuai target, dan dari 17 responden yang menyatakan cakupan gizi kurang kategori rendah hanya 29,4% pemanfaatan BOK tidak sesuai

target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,022$  ( $\alpha < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan gizi kurang di kabupaten Aceh Besar.

**5.2.5 Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Aceh Besar**

Untuk mengetahui hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan ASI eksklusif dilakukan uji *chi Square test* pada tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Hasil penelitian selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 5.13**  
**Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan ASI Eksklusif Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

No	Cakupan ASI Eksklusif	Pemanfaatan Dana BOK				Jml	%	p Value	$\alpha$
		Sesuai Target		Tidak sesuai target					
		f	%	f	%				
1	Cukup	15	68,2	7	31,8	22	100	0,008	0.05
2	Rendah	6	25,0	18	75,0	24	100		
	Jumlah	21	45,7	25	54,3	46	100		

Sumber : Data Primer, diolah Juni 2019

Tabel 5.13 di atas menunjukkan bahwa dari 22 responden yang menyatakan cakupan ASI eksklusif kategori cukup terdapat 68,2% pemanfaatan BOK sesuai target, dan dari 24 responden yang menyatakan cakupan ASI eksklusif kategori rendah hanya 25,0% pemanfaatan BOK sesuai target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,008$  ( $\alpha < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan ASI eksklusif di kabupaten Aceh Besar.

### 5.3 Pembahasan

#### 5.3.1 Hubungan Kebijakan Dengan Pemanfaatan Dana BOK Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa dari 24 responden yang menyatakan ada kebijakan terdapat 62,5% pemanfaatan BOK sesuai target, dan dari 22 responden yang menyatakan tidak ada kebijakan hanya 27,3% pemanfaatan BOK sesuai target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,036$  ( $\alpha < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan kebijakan untuk peningkatan cakupan program gizi di kabupaten Aceh Besar.

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. Istilah ini dapat diterapkan pada pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu. Kebijakan kepala Puskesmas dalam pemanfaatan dana BOK harus mengacu pada SOP penggunaan dana BOK yang telah ditetapkan. BOK mempunyai tujuan untuk memperlancar kinerja puskesmas dan jaringannya, serta poskesdes dan posyandu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif sebagai upaya meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkeadilan.

Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas adalah untuk operasional upaya pelayanan kesehatan dan manajemen Puskesmas yang meliputi:

1. Transport Lokal



- 1) Membiayai perjalanan petugas kesehatan melakukan kegiatan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif ke luar gedung.
- 2) Membiayai perjalanan kader kesehatan termasuk dukun bersalin membantu petugas kesehatan dalam kegiatan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif ke luar gedung.
- 3) Membiayai perjalanan peserta rapat Lokakarya mini, Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).
- 4) Membiayai perjalanan petugas kesehatan untuk menghadiri rapat-rapat, konsultasi/koordinasi dan kegiatan lain yang terkait dengan BOK ke kabupaten/kota.
- 5) Membiayai perjalanan kader kesehatan termasuk dukun bersalin untuk menghadiri kegiatan refreshing/penyegaran kader Kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas dan jaringannya beserta Poskesdes/Polindes, Posyandu dan UKBM lainnya. Besaran biaya transport lokal yang dibiayai adalah sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan di kabupaten/kota tersebut. Pada kondisi tertentu, daerah dapat membayar biaya transport lokal berdasarkan *at cost*, sesuai dengan besaran besaran biaya transport lokal yang dikeluarkan, termasuk sewa sarana transport bila diperlukan, karena tidak ada sarana transport regular dan bukti pengeluaran yang dikeluarkan oleh pemilik/penyedia jasa transportasi.

- 6) Perjalanan Dinas dalam Kabupaten/Kota (dalam Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia No. 37/PMK.02/2012 tentang Standar Biaya Tahun Anggaran 2013).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Raindy R.Modokaser (2013) yang menyimpulkan bahwa kegiatan BOK yang dilakukan di Puskesmas Teling Atas baik upaya kesehatan prioritas dan penunjang serta pemanfaatan telah dilakukan berdasarkan petunjuk teknis dari kementerian kesehatan 2013 dan kebijakan penunjang lainnya, namun terdapat beberapa kegiatan yang tidak optimal. Beberapa kendala yang dihadapi yaitu kecukupan dana serta keterlambatan pencairan dana sehingga menghambat pelaksanaan kegiatan. Hasil penelitian pada tahap kegiatan penunjang upaya kesehatan bisa dikatakan sudah berhasil karena semua kegiatan upaya penunjang kesehatan yang telah direncanakan di POA sudah terlaksana dengan rutin dan tepat waktu. Tahap kegiatan manajemen puskesmas masih didapatkan kendala seperti keterlambatan pencairan dana, kemudian kurangnya anggaran dana BOK. Tahap barang penunjang upaya kesehatan penggunaan dana BOK masih belum maksimal, hal itu bisa terjadi dikarenakan terbatasnya anggaran dana BOK yang dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas.

Berdasarkan teori di atas maka peneliti berasumsi bahwa pemanfaatan dana BOK yang sesuai dengan SOP dan pagu yang telah ditetapkan akan memberikan hasil yang maksimal sehingga semua permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerja dapat terselesaikan.

### **5.3.2 Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan Gizi Kurang di Kabupaten Aceh Besar**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 29 responden yang menyatakan cakupan gizi kurang kategori tinggi terdapat 69,0% pemanfaatan BOK tidak sesuai target, dan dari 17 responden yang menyatakan cakupan gizi kurang kategori rendah hanya 29,4% pemanfaatan BOK tidak sesuai target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,022$  ( $\alpha < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan gizi kurang di kabupaten Aceh Besar.

Salah satu tujuan dari pemanfaatan dana BOK adalah untuk peningkatan cakupan pelayanan kesehatan masyarakat, dari 23 puskesmas yang menjadi unit analisis diketahui bahwa ada beberapa puskesmas yang realisasi dan BOK tidak sesuai target hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti sumber daya manusia, sarana dan prasarana dan lain sebagainya. Dalam penurunan angka gizi kurang banyak program yang dilaksanakan dengan menggunakan dana BOK namun masih juga ada cakupan yang tinggi gizi kurang pada balita, hal ini sungguh dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan dana BOK tidak tepat sasaran.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ulma Putri Septyantie (2013) yang menyimpulkan bahwa hasil estimasi pengaruh realisasi dana BOK terhadap cakupan kunjungan neonatus pertama/KN1 adalah signifikan ( $\text{Sig. } 0,000 < \pm 1\%$ ), pengaruh realisasi dana BOK terhadap cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih/Pn adalah signifikan (

Sig.0,000 <  $\pm=1\%$ ), dan pengaruh realisasi dana BOK terhadap cakupan balita ditimbang berat badannya atau D/S adalah signifikan (Sig.0,000 <  $\pm=1\%$ ). Uji koefisien determinasi ( $r^2$ ) yaitu 0,629 untuk pengaruh BOK terhadap KN1, 0,636 untuk pengaruh BOK terhadap Pn, dan 0,690 untuk pengaruh BOK terhadap D/S. Hasil pengujian asumsi klasik menunjukkan bahwa variabel residual berdistribusi normal, terbebas dari autokorelasi dan heterokedastisitas

Penulis berasumsi bahwa hal ini terjadi karena kurang updatenya data di lapangan tentang gizi kurang, contoh data gizi kurang bulan sebelumnya tidak direkap dengan baik sehingga pada bulan selanjutnya yang merupakan akumulasi akan memberikan angka yang tidak valid, hal inilah yang dapat menyebabkan penurunan angka gizi kurang lamban meskipun dana BOK terealisasi semua.

### **5.3.3 Hubungan Pemanfaatan Dana BOK dengan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Aceh Besar**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 22 responden yang menyatakan cakupan ASI eksklusif kategori cukup terdapat 68,2% pemanfaatan BOK sesuai target, dan dari 24 responden yang menyatakan cakupan ASI eksklusif kategori rendah hanya 25,0% pemanfaatan BOK sesuai target. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,008$  ( $\alpha<0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan ASI eksklusif di kabupaten Aceh Besar.

Pada puskesmas yang cakupannya rendah didapat bahwa pengawasan dari kepala puskesmas dan bidan koordinator terutama mengenai pencatatan

dan pelaporan kegiatan masih lemah. Jumlah tenaga. Upaya optimalisasi SDM dalam hal pencacatan dan pelaporan sebenarnya sudah dilakukan oleh kepala puskesmas, dengan membuat jadwal masing-masing kegiatan namun monitoring yang dilakukan masih kurang. Berdasarkan wawancara di lapangan, dikarenakan keterbatasan tenaga PNS dan beban kerja yang besar, khususnya bidan desa menjadi kendala.

Selain dari segi jumlah, kompetensi pegawai dalam melaksanakan tugas menjadi variable penting yang harus dianalisa untuk mengetahui apakah suatu program dapat berjalan baik atau tidak. Ketidaksesuaian antara kompetensi yang dimiliki oleh pegawai dengan kompetensi yang dibutuhkan dalam jabatan untuk melaksanakan tugas dapat berpengaruh pada rendahnya tingkat keberhasilan tugas.

Kompetensi yang diperlukan dalam pengelolaan program Gizi cukup banyak, dengan demikian dibutuhkan juga banyak pelatihan. Keterbatasan anggaran mengakibatkan alokasi peserta pelatihan tidak sesuai dengan jumlah pengelola gizi yang membutuhkan peningkatan kompetensi. Pengelolaan BOK terkendala oleh ketidaksesuaian antara kualifikasi pendidikan yang dibutuhkan dengan pelaksana tugas atau pemangku jabatan. Latar belakang pendidikan yang dibutuhkan dalam mengelola dana BOK adalah pegawai dengan kualifikasi pendidikan dibidang keuangan atau yang terkait, sedangkan sebagian besar Bendahara BOK adalah Bidan dan Perawat. Meskipun ada bimbingan teknis yang diberikan secara berkala, namun pelaksanaan pemanfaatan BOK dan petanggung jawabannya tidak dapat

secara maksimal dikerjakan. Maka, selain adanya pelatihan yang diberikan juga perlu adanya kesepakatan bersama antara Dinas Kesehatan dengan Pengelola Keuangan BOK Puskesmas mengenai ketentuan lamanya waktu jabatan selama menjadi pengelola keuangan BOK di Puskesmas, agar pergantian pengelola ini tidak terjadi setiap tahun.

Berdasarkan hasil penelitian maka penulis berasumsi bahwa pemanfaatan dana BOK selama ini untuk meningkatkan program ASI Eksklusif belum maksimal, hal ini ditandai dengan masih tingginya persentase ibu yang tidak membeikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, pemanfaatan dana BOK dianggap masih belum mencapai titik sasaran penyebab rendahnya cakupan ASI eksklusif, sehingga perlu di tentukan kembali skala prioritas masalah dalam pemberian ASI eksklusif pada bayi.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

1. Terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan kebijakan untuk peningkatan cakupan program gizi di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,036$  ( $\alpha < 0,05$ ).
2. Terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan gizi kurang di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,022$  ( $\alpha < 0,05$ ).
3. Terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan ASI eksklusif di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,008$  ( $\alpha < 0,05$ ).

#### 6.2 Saran

1. Diharapkan kepada pengambil kebijakan di Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan agar dapat memberikan masukan dalam pemanfaatan dana BOK agar lebih tepat sasaran agar peningkatan cakupan gizi baik ASI Eksklusif maupun gizi kurang dapat optimal
2. Kepada pelaku atau pelaksana di Puskesmas seperti koordinator program gizi agar dapat menyediakan data yang akurat pemanfaatan dana BOK dapat menyentuh sasaran yang tepat.
3. Diharapkan kepala Dinas Kesehatan dapat memberikan advokasi secara rutin tentang pemanfaatan dana BOK khususnya untuk peningkatan program gizi.

4. Diharapkan agar kepala Dinas Kesehatan mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar.



## DAFTAR PUSTAKA

- Gani A, *Kesehatan Masyarakat: Investasi Manusia Menuju Rakyat Sejahtera*, Republika, Jakarta, 2015.
- Kemenkes RI, *Petunjuk Teknis Operasional Kesehatan*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2012.
- Kemenkes RI, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2015
- Kasman Makasau,. *Efektifitas Dan Efisiensi Pemanfaatan Dana Bok Dengan Penerapan Metode Analytik Hierarchi Proses*, Univesitas 11 Maret Surakarta. 2014
- Mangkoesoebroto, G, *Ekonomi Publik* : Edisi Ketiga, BNPE, Yogyakarta, 2011
- Mauliana Datau, *Optimalisasi penggunaan Dana BOK di Provinsi Jawa Barat*, Universitas Andalas, 2013
- Pani ME, Trisnantoro L, Zaenap SN, *Evaluasi Implementasi Kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan di Tiga Puskesmas Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2011*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 2012; 01(03):161-167
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2019.
- Pratiwi NL, Policy Review: *Kajian Kebijakan Penyaluran Dana Bantuan Operasional Kesehatan Dalam Pencapaian Kesehatan Ibu dan Anak (MDs 1,5,5) di Jawa Timur* Indonesia, Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya, 2013.
- Rita Nurcahyani, Dewi Marhaeni, Nita Arisanti. *Implementasi kebijakan Dana Bantuan Operasional kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, 2011
- Syarifa Ummi Hani, *Pengaruh pemberian Dana BOK terhadap kinerja Puskesmas Bontonompo II Kabupaten Gowa*, Universitas Hasanuddin Makassar, 2014

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN UNTUK  
PENINGKATAN CAKUPAN PROGRAM GIZI  
DI KABUPATEN ACEH BESAR  
TAHUN 2019**



**OLEH :**

**HASNATUL CHAIR**  
NPM : 1716010106

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
BANDA ACEH  
2019**

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN UNTUK  
PENINGKATAN CAKUPAN PROGRAM GIZI  
DI KABUPATEN ACEH BESAR  
TAHUN 2019**

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Universitas Serambi Mekkah



**OLEH :**

**HASNATUL CHAIR**  
NPM : 1716010106

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
BANDA ACEH  
2019**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas Berkat rahmat dan karuniaNYA, sehingga peneliti telah dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir di Fakultas Kesehatan Masyarakat Yaitu **“Skripsi”** dengan Judul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019”**. Shalawat dan Salam kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW yang telah membawa umatnya kealam yang berilmu pengetahuan beserta ahli keluarga dan Sahabatnya.

Penulisan Skripsi ini merupakan suatu kewajiban yang harus dilaksanakan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh. Dalam penyelesaian Skripsi ini tentunya tidak akan berhasil tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama pembimbing, Bapak Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes, selaku pembimbing I dan Bapak Dr.Martunis, SKM. MM., M.Kes, selaku pembimbing II yang senantiasa membimbing dan oleh karena itu dengan segala kerendahan hati peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak DR. H. Said Usman S.Pd. M.Kes selaku Rektor Universitas Serambi Mekkah.
2. Bapak Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.

3. Para Dosen - dosen serta staf akademik pada Fakultas FKM Universitas Serambi Mekkah.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian awal.
5. Suami dan anak-anak tercinta yang telah memberi dorongan dan doa demi kesuksesan dalam meraih gelar sarjana kesehatan masyarakat di Universitas Serambi Mekkah.
6. Teman – teman seangkatan yang telah banyak membantu sehingga terselesainya penulisan Skripsi ini.

Dalam penulisan Skripsi ini, peneliti telah berusaha semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki. Namun peneliti menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi isi maupun teknis penulisannya. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati peneliti mengharapkan kritik dan saran-saran dari berbagai pihak demi kesempurnaan penulisan ini.

Penulisan Skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, baik dalam penyediaan data – data yang di butuhkan maupun bantuan lainnya. Harapan peneliti semoga skripsi ini bermanfaat bagi peneliti lainnya.

Amin ya rabbal a’lamin.....

Banda Aceh, 11 Oktober 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

JUDUL LUAR (KOVER)

JUDUL DALAM ..... i

ABSTRAK ..... ii

ABSTRACT ..... iii

PERNYATAAN PERSETUJUAN..... iv

TANDA PENGESAHAN PENGUJI ..... v

BIODATA ..... vi

KATA PENGANTAR..... vii

KATA MUTIARA ..... ix

DAFTAR ISI..... x

DAFTAR GAMBAR..... xii

DAFTAR TABEL ..... xiii

DAFTAR LAMPIRAN ..... xiv

**BAB I PENDAHULUAN..... 1**

1.1 Latar Belakang ..... 1

1.2 Rumusan Masalah ..... 4

1.3 Tujuan Penelitian ..... 4

1.4 Manfaat Penelitian ..... 5

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 7**

2.1 Konsep Pembiayaan Kesehatan ..... 7

2.2 Konsep Realisasi Anggaran ..... 20

2.3 Kebijakan Dana BOK ..... 20

2.4 Program Gizi Masyarakat ..... 26

2.5 Kerangka Teori..... 28

**BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN..... 31**

3.1 Kerangka Konsep ..... 31

3.2 Variabel Penelitian ..... 31

3.3 Definisi Operasional..... 32

3.4 Cara Pengukuran Variabel ..... 33

3.5 Hipotesis..... 33

**BAB IV METODE PENELITIAN ..... 35**

4.1 Jenis Penelitian..... 35

4.2 Populasi dan Sampel ..... 35

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian ..... 35

4.4 Pengumpulan Data ..... 35

4.5 Pengolahan Data..... 36

4.6 Analisa Data ..... 36

4.7 Penyajian Data ..... 38

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN ..... 39**

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian ..... 39

5.2 Hasil Penelitian ..... 40

5.3 Pembahasan..... 48

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... 55**

6.1 Kesimpulan ..... 55

6.2 Saran..... 55

**DAFTAR PUSTAKA ..... 57**

**LAMPIRAN..... 58**

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	32
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Wilayah kerja kabupaten Aceh Besar .....	40
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Wilayah kerja kabupaten Aceh Besar .....	40
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jabatan Di Wilayah kerja kabupaten Aceh Besar .....	41
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Tentang kebijakan Pemanfaatan Dana BOK Puskesmas Di Wilayah kabupaten Aceh Besar .....	41
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Tentang Cakupan Gizi Kurang Puskesmas Di Wilayah kabupaten Aceh Besar .....	42
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Tentang Cakupan ASI Eksklusif Per Puskesmas Di Wilayah kabupaten Aceh Besar .....	43
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kebijakan di Puskesmas Dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar.....	44
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Cakupan Gizi Kurang di Puskemas dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar .....	44
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Cakupan ASI Eksklusif di Puskesmas Dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar .....	44
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pemanfaatan Dana BOK di Puskesmas Dalam Wilayah Kerja Kabupaten Aceh Besar .....	45
Tabel 5.11	Hubungan Kebijakan Dengan Pemanfaatan Dana BOK Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi di Kabupaten Aceh Besar ....	45
Tabel 5.12	Hubungan Pemanfaatan Dana BOK Dengan Cakupan Gizi Kurang di Kabupaten Aceh Besar.....	46
Tabel 5.13	Hubungan Pemanfaatan Dana BOK Dengan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Aceh Besar .....	47



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori..... 30

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian ..... 31

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Kuesioner

Lampiran 2 Tabel Skor

Lampiran 3 Master Tabel

Lampiran 4 Output SPSS

Lampiran 5 Lembaran Kendali Bimbingan

Lampiran 6 Surat Permohonan Izin Penelitian Dari Fakultas Kesehatan Masyarakat  
USM

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar

Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar

Lampiran 9 Foto Kegiatan Penelitian

Kuesioner

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN (BOK) UNTUK  
PENINGKATAN CAKUPAN PROGRAM GIZI DI KABUPATEN ACEH  
BESAR**

---

No. Responden :  
Hari / Tanggal :  
Identitas Responden :  
Umur :  
Pendidikan Terakhir :  
Jabatan :

**A. Kebijakan**

Berilah tanda centang (✓) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling tepat

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Pemanfaatan dana BOK di Puskesmas adalah untuk operasional upaya pelayanan kesehatan termasuk program gizi dan manajemen Puskesmas		
2	Peningkatan program gizi merupakan prioritas masalah di puskesmas		
3	Setiap tahun angka gizi kurang meningkat sehingga perlu penanganan lebih lanjut		
4	Capaian ASI eksklusif masih dibawah standar nasional		
5	Pemanfaatan dana BOK selalu berdasarkan hasil lokakarya mini dan prioritas masalah		
6	Masalah gizi masih menjadi prioritas di Puskesmas		

**B. Jumlah Kasus**

Jumlah kasus Gizi kurang dan ASI eksklusif Tahun 2018 :

Januari	:.....kasus.....%
Februari	:.....kasus.....%
Maret	:.....kasus.....%
April	:.....kasus.....%
Mei	:.....kasus.....%
Juni	:.....kasus.....%
Juli	:.....kasus.....%
Agustus	:.....kasus.....%
September	:.....kasus.....%
Oktober	:.....kasus.....%
November	:.....kasus.....%
Desember	:.....kasus.....%

ASI eksklusif

Januari	:.....%
Februari	:..... %
Maret	:..... %
April	:..... %
Mei	:..... %
Juni	:..... %
Juli	:..... %
Agustus	:..... %

September :..... %  
Oktober :..... %  
November :..... %  
Desember :..... %

C. Capaian Program Tahun Sebelumnya

Capaian kasus Gizi kurang dan ASI eksklusif Tahun 2018 :

Gizi Kurang

Januari sampai dengan Desember :.....kasus.....%

ASI eksklusif

Januari sampai dengan Desember :.....%

D. Pemanfaatan Dana BOK

Berilah tanda centang (√) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling tepat

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Dana BOK Tahun 2018 semua terealisasi sesuai taget dan perencanaan		
2	Ada beberapa kendala yang dihadapi sehingga realisasi tidak sesuai dengan rencana anggaran		
3	Program gizi kurang menjadi prioritas utama pencapaian target penurunan yang menggunakan dana BOK tahun 2018		
4	Pencapaian realisasi dana BOK untuk menaikkan cakupan pemberian ASI eksklusif sudah mencapai target		
5	Semua program gizi meningkat cakupannya pada tahun 2018		

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN UNTUK  
PENINGKATAN CAKUPAN PROGRAM GIZI  
DI KABUPATEN ACEH BESAR  
TAHUN 2019**

**OLEH**

**HASNATUL CHAIR**  
NPM : 1716010106

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah  
Banda Aceh, 11 Oktober 2019

Mengetahui :  
Tim Pembimbing,

Pembimbing I

Pembimbing II

**(Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes)**

**(Dr. Martunis, SKM. MM. M.Kes)**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
DEKAN,**

**(Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes)**

**TANDA PENGESAHAN PENGUJI**

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
DANA BANTUAN OPERASIONAL KESEHATAN UNTUK  
PENINGKATAN CAKUPAN PROGRAM GIZI  
DI KABUPATEN ACEH BESAR  
TAHUN 2019**

**OLEH:**

**HASNATUL CHAIR**  
NPM : 1716010106

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah

Banda Aceh, 11 Oktober 2019  
Tanda Tangan

Pembimbing I	: Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes	(	)
Pembimbing II	: Dr. Martunis, SKM. MM. M.Kes	(	)
Penguji I	: Burhanuddin Syam, SKM. M.Kes	(	)
Penguji II	: Evi Dewi Yani, SKM. M.Kes	(	)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH  
DEKAN,**

**(Ismail, SKM. M.Pd. M.Kes)**

## DAFTAR SINGKATAN

UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SDGs	: Sustainable Development Goals
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
KIA	: Kartu Identitas Anak
ASI	: Air Susu Ibu
RPJPN	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
JUKNIS	: Petunjuk Teknis
POA	: Plan Of Action
WHO	: World Health Organization
IBFAN	: International Baby Food Action Network
IYCF	: Infant And Young Child Feeding
PHC	: Primary Health Care
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
APBN	: Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah
GNP	: Gross National Product
NHS	: National Health Services
OOP	: Out Of Pocket
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat



ATK	: Alat Tulis Kantor
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
UHH	: Umur Harapan Hidup
SOP	: Standar Operasional Procedur

## **BIODATA**

Nama : Hasnatul Chair  
Tempat/Tgl Lahir : Lhokseumawe / 23 Januari 1987  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl.Shalihin Komplek BTN no. 22 Lamglumpang Ulee  
Kareng Kota Banda Aceh  
Nama Orang Tua (ayah) : Arjuna, S.Sos  
Pekerjaan Orang Tua : Pensiunan  
Alamat Orang Tua : Jl.Shalihin Komplek BTN no. 22 Lamglumpang Ulee  
Kareng Kota Banda Aceh

### **Pendidikan Yang Ditempuh**

1. SD : SDN 2 Lhokseumawe
2. SMP : SMPN 1 Lhokseumawe
3. SMA : SMAN 1 Lhokseumawe
4. D III : POLTEKKES Aceh Jurusan Gizi
5. S1 : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi  
Mekkah

### **Karya Tulis**

1. Hubungan konsumsi Serat Terhadap Status Kegemukan Di Sanggar Senam Kota Banda Aceh Tahun 2008
2. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019

Banda Aceh, 11 Oktober 2019

( Hasnatul Chair )

## ABSTRAK

**Nama: Hasnatul Chair**  
**Npm : 1716010106**

**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Untuk Peningkatan Cakupan Program Gizi Di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2019**

ii + 56 halaman, 14 tabel, 2 gambar

Realisasi penggunaan dana BOK terbesar adalah untuk program KIA disusul program gizi. Pemanfaatan BOK pada prinsipnya fokus ditujukan untuk akselerasi pencapaian SDGs, terutama Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI), ASI eksklusif dan Gizi Kurang. Permasalahan dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan dana BOK untuk peningkatan cakupan program gizi di Kabupaten Aceh Besar. Populasi adalah seluruh kepala puskesmas dan pemegang program gizi yang bertugas di 23 puskesmas dalam kabupaten Aceh Besar. Penelitian dilakukan di puskesmas dalam Kabupaten Aceh pada bulan Juli 2019. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan kebijakan untuk peningkatan cakupan program gizi di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,011$  ( $\alpha < 0,05$ ), terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan gizi kurang di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,036$  ( $\alpha < 0,05$ ), terdapat hubungan pemanfaatan dana BOK dengan cakupan ASI eksklusif di kabupaten Aceh Besar  $p = 0,010$  ( $\alpha < 0,05$ ). Kesimpulan bahwa pemanfaatan dana BOK berhubungan erat dengan kebijakan, peningkatan cakupan gizi dan cakupan ASI eksklusif. Disarankan bagi pemegang program gizi dan Kepala Puskesmas dapat melakukan pencatatan dan pelaporan dengan baik.

**Kata kunci: Pemanfaatan Dana BOK, Kebijakan, Cakupan Gizi, Cakupan Asi Eksklusif.**

Daftar Kepustakaan: 11 (2011-2019)

## ABSTRAC

**Nama: Hasnatul Chair**

**Npm : 1716010106**

### **Factors Related to Utilization of Bok Funds to Increase the Coverage of Nutrition Programs in Aceh Besar District**

ii + 56 pages, 14 tables, 2 pictures

The biggest use of BOK funds was realized for the MCH program, followed by the nutrition program. The use of BOK in principle is focused on accelerating the achievement of SDGs, especially the Infant Mortality Rate (IMR), and the Maternal Mortality Rate (MMR), exclusive breastfeeding and Malnutrition. The problem in this study is what factors are related to the use of BOK funds to increase the coverage of nutrition programs in Aceh Besar District. This study aims to determine the factors associated with the use of BOK funds to increase the coverage of nutrition programs in Aceh Besar District. The population of this study were all puskesmas heads and nutrition program holders who served in 23 puskesmas in Aceh Besar district. The study was conducted at puskesmas in Aceh District in July 2019. The results showed there was a relationship between the use of BOK funds and policies to increase the coverage of nutrition programs in Aceh Besar district  $p = 0.011$  ( $\alpha < 0.05$ ), there is a relationship between the use of BOK funds with coverage of malnutrition in Aceh Besar district  $p = 0.036$  ( $\alpha < 0.05$ ), there is a relationship between the use of BOK funds with exclusive breastfeeding coverage in Aceh Besar district  $p = 0.010$  ( $\alpha < 0.05$ ). The conclusion is that the use of BOK funds is closely related to policies, increased nutrition coverage and exclusive breastfeeding coverage. It is recommended that nutrition program holders and the Head of the Puskesmas can record and report properly.

**Keywords:** Utilization of BOK Funds, Policy, Nutrition Coverage, exclusive breastfeeding Coverage.

Bibliography: 11 (2011-2019)

