



Mengupas Skema Pembiayaan Layanan Kesehatan Primer: Implementasi Fungsi Utama Bantuan Operasional Kesehatan di Semarang

Decoding Primary Care Financing: Implementation of the Health Operational Fund Core Functions in Semarang

Athfal Azhari Fuadi¹, Muhammad Ilham Alfiandi¹, Madhura Athallah Nugroho¹, Ahmad Rijal Ali¹, Wahyu Gito Putro^{2*}, Hema Dewi Anggrahenny², Aisyah Lahdji², Chamim Faizin²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia

²Departemen Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia

*Penulis Korespondensi. Wahyu Gito Putro. Email: wahyugitoputro@unimus.ac.id

Article Info

Article History:

Received : 28 Juni 2026

Accepted : 30 Juni 2026

Abstrak

Latar Belakang: Meskipun dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) telah tersedia di Indonesia, masih terdapat kesenjangan antara tingginya penyerapan anggaran dengan belum tercapainya target Standar Pelayanan Minimal (SPM), sehingga diperlukan evaluasi sistemik. Studi ini mengeksplorasi implementasi dana tersebut di empat Puskesmas di Kota Semarang dengan menggunakan delapan fungsi inti pembiayaan kesehatan.

Metode: Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juli 2025. Sesuai dengan panduan COREQ, pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap 12 partisipan yang dipilih secara purposif (meliputi kepala puskesmas, bendahara, dan pengelola program) serta didukung oleh telaah data sekunder terkait capaian kinerja. Data dianalisis secara deduktif menggunakan perangkat lunak ATLAS.ti berdasarkan kerangka pembiayaan kesehatan yang mencakup pengumpulan pendapatan, pooling, pembelian, distribusi sumber daya, mutu, efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas.

Hasil: Hasil studi menunjukkan bahwa pengumpulan pendapatan dan distribusi disesuaikan dengan prioritas lokal, disalurkan dalam tiga tahap, dan ditransfer langsung ke rekening puskesmas melalui e-Renggar. Meskipun penyerapan anggaran melampaui 99% pada tahun 2024, indikator mutu dan efisiensi menunjukkan adanya variasi antarlokus dalam pencapaian target, misalnya pada deteksi dini penyakit. Transparansi dan akuntabilitas tetap terjaga melalui audit berlapis dan dasbor pemantauan digital.

Kesimpulan: Implementasi dana BOK telah mematuhi regulasi dan memanfaatkan tata kelola digital secara efektif. Sebagai implikasi utama dari studi ini, para pembuat kebijakan dan dinas kesehatan perlu merekonstruksi mekanisme alokasi dana di masa mendatang agar secara struktural selaras dengan penyelesaian kesenjangan kinerja SPM yang spesifik, guna memastikan pembiayaan kesehatan berdampak langsung pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan primer.

Abstract

Background: Despite the availability of Health Operational Assistance funds in Indonesia, a gap persists between high budget absorption and unmet Minimum Service Standard targets, warranting systemic evaluation. This study explored the implementation of these funds across four Public Health Centers in Semarang City using the eight core functions of health financing.

Kata Kunci:

Pelayanan kesehatan primer, pembiayaan pelayanan kesehatan, manajemen keuangan, alokasi sumber daya, mutu pelayanan kesehatan

Keywords:

Primary health care,
healthcare financing,
financial management,
resource allocation,
quality of health care

Method: This qualitative case study was conducted from May to July 2025. Following COREQ guidelines, primary data were gathered through in-depth interviews with 12 purposively selected participants—comprising facility heads, treasurers, and program managers—alongside the analysis of secondary performance data. Qualitative data were analyzed deductively using ATLAS.ti against a health financing framework encompassing revenue collection, pooling, purchasing, resource distribution, quality, efficiency, transparency, and accountability.

Result: The findings indicate that revenue collection and distribution were tailored to local priorities, disbursed in three stages, and transferred directly to health center accounts via e-Renggar. Although budget absorption exceeded 99% in 2024, quality and efficiency indicators showed localized variations in target achievement, such as in early disease detection. Transparency and accountability were maintained through multi-layered audits and digital monitoring dashboards.

Conclusion: While fund implementation complies with regulations and leverages digital governance effectively, high budget absorption does not guarantee quality outcomes. The primary implication of this study is the urgent need for policymakers to structurally realign future fund allocations with specific Minimum Service Standard (SPM) performance gaps, thereby ensuring that primary healthcare financing directly translates into improved care quality.

PENDAHULUAN

Sistem pelayanan kesehatan primer yang efektif sangat bergantung pada mekanisme pembiayaan yang kuat dan berkelanjutan. Dalam konteks Indonesia, desentralisasi fiskal yang diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 menjadi landasan utama pembiayaan kesehatan daerah melalui alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK). Dana desentralisasi ini dirancang secara strategis untuk mempercepat pembangunan kesehatan daerah, sehingga menjamin penyediaan layanan kesehatan bermutu secara merata di berbagai tingkat administrasi.¹

Untuk semakin memperkuat kapasitas pelayanan primer, Kementerian Kesehatan RI memperkenalkan program Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) pada tahun 2010.² Diklasifikasikan dalam DAK Nonfisik, dana BOK secara khusus disalurkan untuk mensubsidi biaya operasional kegiatan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, secara langsung memberdayakan pemberian layanan di garda depan di Puskesmas.³

Amanah penting bagi fasilitas pelayanan primer ini adalah pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM), yang dirancang untuk menjamin cakupan pelayanan kesehatan dasar yang esensial dan memadai

bagi penduduk.⁴ SPM tidak hanya berfungsi sebagai indikator operasional pembangunan kesehatan nasional, tetapi juga sebagai penggerak mendasar dalam mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) global terkait akses dan mutu layanan kesehatan. Lebih lanjut, pemenuhan SPM berperan sebagai dasar empiris untuk menentukan kebutuhan pembiayaan di tingkat fasilitas. Pemanfaatan dana BOK diatur secara ketat oleh pedoman teknis Kementerian Kesehatan seperti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2023 yang menetapkan menu kegiatan operasional spesifik untuk memas-tikan dana tepat sasaran.³

Meskipun ketersediaan dan penyaluran dana BOK cukup besar, kesenjangan antara penyerapan keuangan dan capaian hasil kesehatan aktual masih terus terjadi. Sebagai contoh, data operasional terkini dari Kota Semarang menunjukkan realisasi dana BOK yang sangat tinggi dari tahun 2022 hingga 2024 di sejumlah Puskesmas, dengan beberapa fasilitas mencapai penyerapan keuangan hingga 100%. Namun, capaian paralel indikator SPM belum sepenuhnya memenuhi target nasional 99,60%, dengan variabilitas yang signifikan antarfasilitas. Secara spesifik, berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Kota Semarang, kasus tertinggi yang masih

berada di bawah standar pelayanan minimal dari 4 Puskesmas adalah layanan persalinan 86,43%, pelayanan antenatal 87,46%, dan pelayanan neonatal 86,21% yang tetap di bawah target. Selain itu, layanan untuk orang dengan gangguan jiwa berat 91,67%, balita 99,14%, dan layanan HIV 65,03%.⁵ Literatur empiris sebelumnya menegaskan bahwa meskipun implementasi dana BOK secara intrinsik terkait dengan pencapaian SPM, hambatan sistemik dalam perencanaan, pengelolaan sumber daya, dan pelaporan terus menghambat efektivitas program yang optimal.⁶⁻⁸

Oleh karena itu, untuk mengurai secara menyeluruh pembiayaan pelayanan primer dan mengatasi kesenjangan sistemik ini, diperlukan kerangka analitis yang lebih komprehensif. Studi ini berupaya menelaah secara cermat implementasi dana BOK melalui fungsi-fungsi inti pembiayaan kesehatan yang diakui secara internasional: pengumpulan pendapatan, *pooling*, pembelian, distribusi sumber daya, mutu, efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas.

Dengan demikian, studi ini bertujuan untuk meneliti dan mengeksplorasi implementasi dana Bantuan Operasional Kesehatan di 4 Puskesmas di Kota Semarang berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang. Kebaruan studi ini terletak pada penguraian implementasi dana tersebut dalam delapan fungsi inti pembiayaan, secara spesifik mengeksplorasi paradoks tingginya penyerapan keuangan di tengah belum terpenuhinya Standar Pelayanan Minimal.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan dilaksanakan antara bulan Mei hingga Juli 2025. Penelitian ini mematuhi daftar periksa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) yang telah divalidasi secara internasional.

Berdasarkan teori pembiayaan kesehatan, penelitian ini secara spesifik

mengkaji implementasi Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk skrining penyakit kronis dan promosi kesehatan, dengan fokus khusus pada pengumpulan pendapatan (*revenue collection*), pengumpulan dana (*pooling*), pembelian (*purchasing*), distribusi sumber daya, kualitas, efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas. Persetujuan etik diberikan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia Nomor: 580/EC/KEPK FIKKES/UNIMUS/2025).

Persetujuan tertulis (*informed con-sent*) diperoleh dari seluruh partisipan. Seluruh tahapan metode mematuhi pedoman dan peraturan penelitian yang relevan. Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* untuk merekrut informan, secara khusus memilih individu berdasarkan wewenang dan akuntabilitas langsung mereka terkait pengelolaan dana BOK. Sebanyak 12 informan berpar-tisipasi dalam penelitian ini, mewakili perwakilan internal dari 4 Puskesmas di Kota Semarang. Fasilitas pelayanan primer ini dipilih berdasarkan rekomendasi Dinas Kesehatan Kota Semarang karena mewakili tipe fasilitas rawat inap dan non-rawat inap, serta merupakan instansi dengan pencapaian standar pelayanan minimal tertinggi berdasarkan Laporan Pemantauan 2022-2024.

Informan dikategorikan ke dalam tiga kelompok berdasarkan fungsi dalam siklus pendanaan: 1) Informan Utama (Pelaksana Dana), terdiri dari 4 Bendahara Puskesmas yang bertindak sebagai otoritas pengelola arus dana harian; 2) Informan Kunci (Verifikasi dan Pengawasan), terdiri dari 4 Kepala Puskesmas; dan 3) Informan Pendukung (Pelaksana), terdiri dari 4 Pemegang Program (*Programmer*).

Instrumen Penelitian Untuk memastikan konsistensi dan kedalaman pengumpulan data, penelitian ini menggunakan dua instrumen utama. Instrumen pertama adalah panduan wawancara mendalam semi-terstruktur yang disusun berdasarkan delapan

fungsi inti pembiayaan kesehatan Kutzin. Instrumen kedua adalah panduan telaah dokumen yang digunakan untuk mengekstraksi data sekunder, seperti Rencana Penarikan Dana (RPD), Surat Pertanggungjawaban (SPJ), dan dasbor pemantauan kinerja e-Renggar.

Pengumpulan Data dan Saturasi
Pengumpulan data dilaksanakan secara simultan selama periode bulan Mei hingga Juli 2025. Data kualitatif primer diperoleh melalui wawancara mendalam secara tatap muka, sementara data sekunder dikumpulkan melalui peninjauan rekam administratif operasional. Penentuan kecukupan sampel tidak sebatas pada pemenuhan target 12 informan, melainkan dipandu oleh prinsip saturasi data (*data saturation*). Proses wawancara dan pengumpulan data kualitatif dihentikan ketika tim peneliti menyepakati bahwa titik jenuh telah tercapai, yakni kondisi dimana tidak ada lagi perspektif, informasi, atau tema baru yang muncul dari para informan terkait implementasi kedelapan fungsi pembiayaan BOK tersebut. Keabsahan Data (Triangulasi) dan Analisis Data

Untuk menjamin keabsahan (*trustworthiness*) temuan, peneliti menerapkan triangulasi secara berlapis. Triangulasi sumber dilakukan dengan mengonfirmasi silang pernyataan terkait pengelolaan dana antara Informan Utama (Bendahara), Informan Kunci (Kepala Puskesmas), dan Informan Pendukung (Pemegang Program). Selanjutnya, triangulasi metode diimplementasikan dengan membandingkan hasil wawancara dengan bukti fisik pada dokumen sekunder (laporan serapan BOK dan dasbor digital) guna memastikan kesesuaian antara klaim informan dengan realisasi di lapangan. Selain itu, member checking dilakukan di mana temuan-temuan kunci disajikan kembali kepada informan terpilih (misalnya, Kepala Puskesmas) untuk mengonfirmasi keakuratan interpretasi peneliti. Data dianalisis menggunakan pendekatan studi kasus kualitatif yang didukung oleh perangkat lunak ATLAS.ti (versi 8.4.3). Transkrip verbatim

dari rekaman audio diimpor ke dalam perangkat lunak sebagai dokumen primer.

Analisis menggunakan pendekatan analisis konten terarah (*directed content analysis*), memanfaatkan kerangka deduktif berdasarkan Teori Pembiayaan Kesehatan Kutzin. Pembuatan tabel tematik dikonstruksi melalui tahap pengodean terbuka (*open coding*) baris demi baris untuk mengidentifikasi kutipan spesifik (seperti “Dana dimanfaatkan sesuai ketentuan”), dilanjutkan dengan pengodean aksial untuk menghubungkan kode-kode empiris tersebut ke dalam delapan tema besar fungsi pembiayaan kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Karakteristik Informan Penelitian

Studi ini menggunakan wawancara mendalam dengan tiga kelompok informan yang berbeda. Informan utama terdiri dari tiga orang, yaitu Bendahara Puskesmas. Informan ini dipilih dari Puskesmas yang mewakili tipe berbeda, yaitu puskesmas non-rawat inap yang meliputi Puskesmas Karanganyar dan Tlogosari Wetan, serta Puskesmas rawat inap yang meliputi Puskesmas Srandol dan Bangetayu.

Informan kunci terdiri dari tiga orang, yaitu Kepala Puskesmas. Selanjutnya, informan pendukung meliputi tiga orang perwakilan pengelola program di Puskesmas.

Tabel 1 menguraikan karakteristik demografis dan pendidikan dari dua belas informan penelitian yang berpartisipasi dalam studi ini. Patut dicatat bahwa seluruh dua belas informan yang terlibat berjenis kelamin perempuan. Para partisipan terdistribusi secara merata ke dalam tiga kategori yang berbeda, dengan empat orang ditempatkan pada masing-masing kelompok: Informan Utama (B1–B4), Informan Kunci

(A1–A4), dan Informan Pendukung (C1–C4).

Terkait latar belakang pendidikan, informan utama terdiri dari dua orang bergelar Magister dan dua orang bergelar Sarjana. Kelompok informan kunci terdiri

dari tiga orang bergelar Sarjana dan satu orang berpendidikan Diploma. Terakhir, keempat informan pendukung memiliki latar belakang pendidikan yang sama, yaitu masing-masing bergelar Sarjana.

Tabel 1. Karakteristik informan

No	Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan	Kategori Informan
1	B1	Perempuan	S2	Inti
2	B2	Perempuan	S1	Inti
3	B3	Perempuan	S2	Inti
4	B4	Perempuan	S1	Inti
5	A1	Perempuan	S1	Kunci
6	A2	Perempuan	D3	Kunci
7	A3	Perempuan	S1	Kunci
8	A4	Perempuan	S1	Kunci
9	C1	Perempuan	S1	Pendukung
10	C2	Perempuan	S1	Pendukung
11	C3	Perempuan	S1	Pendukung
12	C4	Perempuan	S1	Pendukung

Tabel 2. Gambaran Implementasi Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas

Tema	Katagori	Kode
Gambaran Implementasi Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas	<i>Revenue Collection</i>	Indikator Penerimaan Dana BOK
	<i>Pooling</i>	Distribusi Alokasi Dana Tiga Tahap
		Rencana Penarikan Dana Langsung ke Puskesmas yang Diusulkan
		Pemetaan Menu Kegiatan Berdasarkan Pedoman Teknis
	<i>Resource distribution</i>	Jumlah Alokasi Dana BOK Tahunan
	<i>Quality</i>	Dana BOK untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Promotif dan Preventif
		Distribusi Langsung kepada Pengguna Akhir untuk Dukungan Kegiatan
		Berdasarkan Penilaian Dinas Kesehatan Kota (DKK)
		Optimalisasi Pemanfaatan Anggaran
	<i>Efficiency</i>	Audit Internal
<i>Transparency dan Accountability</i>	Audit Eksternal	
	Pelaporan Realisasi Keuangan	
	Pelaporan Realisasi Kegiatan	

Implementasi Dana Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas

Hasil yang diperoleh dari wawancara mendalam dengan seluruh informan dianalisis

dengan mengacu pada kerangka teori pembiayaan kesehatan, yang mencakup aspek pengumpulan pendapatan, *pooling*, pembelian, distribusi sumber daya, mutu, efisiensi,

transparansi, dan akuntabilitas. Proses analisis ini diverifikasi lintas kelompok informan, yaitu informan utama, informan kunci, dan informan triangulasi. Pengolahan data menggunakan perangkat lunak ATLAS.ti seperti pada Tabel 2.

Revenue Collection

Penerimaan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) tidak seragam; besaran disesuaikan dengan kondisi setiap puskesmas berdasarkan prioritas lokal dan kebutuhan untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Seperti ditegaskan salah seorang informan: *“Jumlah anggaran dan kegiatan BOK disesuaikan dengan kondisi masing-masing puskesmas... dianggap mendukung pencapaian standar pelayanan minimal (SPM)”* [A3, Informan]. Lebih lanjut, Kementerian Kesehatan menyalurkan alokasi ini dalam tiga tahap pencairan terstruktur sepanjang tahun anggaran: *“Terdapat 3 tahap pencairan dana: Tahap 1 (30%)... Tahap 2 (40%)... Tahap 3 (30%)”* [A1, Informan].

Pooling

Penghimpunan dan penyaluran dana mengikuti mekanisme pengajuan berjenjang. Puskesmas wajib mengajukan rencana penarikan dana (mencakup kerangka acuan dan rencana anggaran) melalui sistem e-Renggar. Setelah memperoleh persetujuan dari Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, dana yang dialokasikan ditransfer langsung ke rekening bank yang telah ditentukan milik Puskesmas: *“Rencana Penarikan Dana (RPD) dimasukkan ke dalam e-Renggar. Setelah disetujui, uangnya langsung masuk ke rekening BNI Direct”* [A4, Informan].

Purchasing

Pengeluaran dana sepenuhnya mengacu pada pedoman teknis Kementerian Kesehatan. Pedoman ini berfungsi sebagai batasan, memetakan anggaran ke dalam menu-menu kegiatan spesifik yang telah ditentukan sebelumnya, seperti pemberian makanan

tambahan atau deteksi penyakit, yang masing-masing memiliki pagu anggaran tersendiri. Sebagaimana dicatat, *“Puskesmas menyusun rencana pemanfaatan dana sesuai dengan pedoman teknis yang ditetapkan pemerintah pusat; pedoman ini menjadi batasan penggunaan dana”* [B2, Informan].

Resource Distribution

Alokasi dana BOK tahunan berfluktuasi berdasarkan kebutuhan spesifik fasilitas dan penyesuaian program, meskipun data historis tahun 2024 menunjukkan penyerapan keseluruhan yang sangat tinggi (melebihi 99%). Sumber daya ini sebagian besar didistribusikan untuk mendukung Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) promotif dan preventif yang dilaksanakan di luar gedung: *“Dana BOK memang untuk promotif, preventif... difokuskan pada kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang dilakukan di luar gedung”* [B2, C1, Informan]. Secara fungsional, dana disalurkan langsung kepada pengguna akhir untuk menutupi biaya operasional lapangan: *“Pembayaran atau transfer dilakukan langsung kepada pengguna akhir—masing-masing petugas, kader, atau jasa katering... sesuai standar biaya resmi”* [B3, Informan].

Quality

Kualitas pengelolaan keuangan dan pelaksanaan program dievaluasi secara aktif oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Pemantauan dilakukan dengan sistem indikator warna untuk menilai apakah fasilitas telah memenuhi target penyerapan anggaran dan tolok ukur kinerja yang ditetapkan: *“Indikator merah menunjukkan bahwa puskesmas belum mencapai target penyerapan dana... Warna kuning mengindikasikan kondisi yang memerlukan perhatian, sedangkan warna hijau berarti standar telah terpenuhi”* [A2, Informan].

Efficiency

Efisiensi di puskesmas ditunjukkan melalui pemanfaatan anggaran yang telah

ditetapkan secara optimal. Indikator utama keberhasilan operasional adalah penyerapan dana yang dialokasikan secara penuh dan tepat waktu, serta pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal dalam rencana kerja awal: *“Indikator keberhasilannya adalah terserapnya uang sepenuhnya. Kalau terserap seluruhnya, artinya semuanya berjalan sesuai rencana”* [B3, Informan].

Transparency and Accountability

Pengawasan keuangan dijaga secara ketat melalui audit dan pelaporan yang berlapis. Terkait audit, audit internal dilakukan secara rutin oleh kepala puskesmas dan bendahara untuk memantau realisasi anggaran, sedangkan audit eksternal dilaksanakan setiap tahun oleh lembaga independen guna memastikan kepatuhan terhadap peraturan. *“Audit internal atas pengelolaan dana BOK dilakukan setiap semester... sementara audit eksternal dilakukan setahun sekali oleh Kantor Akuntan Publik (KAP)”* [A1, Informan]. Sementara itu, untuk pelaporan, transparansi dijamin melalui pelaporan bulanan yang bersifat wajib. Realisasi kegiatan mensyaratkan Surat Pertanggungjawaban (SPJ) yang didukung bukti fisik dan digital: *“Laporan pertanggungjawaban dibuat setiap bulan berdasarkan kegiatan yang sudah dilaksanakan, disertai SPJ dan bukti dukung”* [A1, Informan]. Secara bersamaan, pelaporan realisasi keuangan menjalani proses verifikasi berjenjang bersama Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk menjamin bahwa penggunaan dana selaras sepenuhnya dengan kegiatan yang telah dilaksanakan.

Realisasi Pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas

Data kinerja sekunder tahun 2024 menunjukkan realisasi kegiatan yang sangat baik di seluruh puskesmas yang dievaluasi, dengan mayoritas menu kegiatan (seperti pelayanan ibu, pemberian makanan tambahan, dan manajemen fasilitas) mencapai realisasi 100%.

Variasi kecil hanya terlihat pada menu *“Deteksi Dini dan Penanggulangan Penyakit”* di Puskesmas 1 (98,61%) dan Puskesmas 2 (98,95%), yang mencerminkan penyesuaian operasional lokal yang minim di tengah tingkat pemanfaatan dana yang secara keseluruhan sangat efektif.

Pembahasan

Temuan penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di empat Puskesmas di Kota Semarang telah selaras sepenuhnya dengan pedoman teknis serta peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kepatuhan terhadap regulasi tersebut tampak pada seluruh tahapan pengelolaan, mulai dari perencanaan, pengajuan, pencairan, pemanfaatan, hingga pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan. Kondisi ini mencerminkan tata kelola keuangan yang terstruktur dan administrasi yang relatif disiplin di tingkat pelayanan kesehatan primer.^{9,10}

Tahap perencanaan diawali dengan penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Program Kegiatan (RPK) melalui lokakarya mini lintas program dan lintas sektor yang didasarkan pada evaluasi kinerja sebelumnya, analisis kebutuhan wilayah kerja, pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM), serta prioritas nasional.^{3,11}

RPK yang telah final kemudian dijabarkan ke dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB) dan disahkan oleh Dinas Kesehatan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan.^{11–13} Puskesmas mengajukan rencana pemanfaatan dana BOK melalui aplikasi e-Renggar (aplikasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan bertujuan untuk pencatatan Anggaran Tahun Berjalan dan Usulan Tahun Anggaran Berikutnya), yang divalidasi dan disetujui sebagai rencana kerja dan anggaran dalam waktu maksimal 2x24 jam, untuk selanjutnya menjadi dasar rekomendasi pencairan kepada Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK).^{14–16}

Sejak tahun 2023, penyaluran dana BOK dilakukan langsung ke rekening Puskesmas, yang mencerminkan penguatan sistem pengendalian internal sekaligus mempercepat penerimaan dana, pelaksanaan program, dan penyederhanaan birokrasi.^{17,18} Mekanisme transfer langsung ini dilaksanakan dalam tiga tahap, dengan setiap tahap mensyaratkan penyusunan laporan realisasi kegiatan dan keuangan yang diverifikasi secara berjenjang dari tahap sebelumnya sesuai dengan target serapan minimal.^{13,14,18} Skema ini menjadi instrumen pendisiplinan pelaporan sekaligus menjamin keselarasan antara perencanaan, pelaksanaan, dan kepatuhan terhadap regulasi.^{19,20}

Pemanfaatan dana BOK sepenuhnya berpedoman pada petunjuk teknis dan difokuskan pada enam menu kegiatan utama (Pemberian Makanan Tambahan Lokal; Upaya Deteksi Dini, Preventif, dan Penanggulangan Penyakit; Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi serta Perbaikan Gizi Masyarakat; Insentif Upaya Kesehatan Masyarakat; Penguatan Kerja Sama Puskesmas dengan Klinik Pratama; dan Manajemen Puskesmas). Lebih lanjut, alokasi dana diarahkan untuk mendukung operasional lapangan seperti transportasi petugas, insentif kader, dan kegiatan kunjungan. Hal ini menunjukkan peran dana BOK dalam memperluas akses dan cakupan pelayanan kesehatan primer, terutama dalam menjangkau sasaran di wilayah kerja Puskesmas.^{21,22}

Namun demikian, telaah lebih mendalam terhadap fungsi *purchasing* (pembelian) dan *resource distribution* (distribusi sumber daya) mengungkap akar masalah struktural yang menjelaskan paradoks utama studi ini yaitu tingginya penyerapan anggaran (hingga melampaui 99%) yang tidak selalu berbanding lurus dengan pemenuhan target Standar Pelayanan Minimal (SPM).²³ Fenomena tingginya serapan anggaran ini cenderung didorong oleh motivasi kepatuhan serapan administratif dan orientasi *passive purchasing* (pembelian pasif). Kerangka kerja dan alokasi yang diarahkan pada operasional

lapangan tersebut secara tidak langsung menciptakan insentif bagi Puskesmas untuk memprioritaskan kegiatan-kegiatan yang “mudah dieksekusi” dan cepat menyerap anggaran (misalnya, penyuluhan massal atau pertemuan lintas sektor) demi menghindari rapor penyerapan yang buruk dari dinas Kesehatan.²² Sebaliknya, indikator SPM yang membutuhkan penjangkauan spesifik, komprehensif, dan memiliki tingkat kesulitan tinggi di lapangan seperti pelacakan pasien HIV, pendampingan intensif ibu hamil risiko tinggi, atau penanganan gangguan jiwa—cenderung tertinggal capaiannya karena rigiditas pos anggaran pada petunjuk teknis.²³

Penyelenggaraan dana BOK di Puskesmas menunjukkan tata kelola yang semakin matang dan terstruktur. Kondisi ini ditandai dengan penerapan mekanisme pengawasan yang berlapis, meliputi verifikasi laporan pertanggungjawaban keuangan secara berjenjang, penyusunan laporan keuangan, serta pelaksanaan audit internal dan eksternal.^{12,13,24,25} Selain itu, pemanfaatan sistem digital melalui dasbor BOK memungkinkan pemantauan realisasi anggaran secara waktu nyata oleh berbagai pemangku kepentingan.²⁶ Perpaduan mekanisme administratif dan digital tersebut secara kokoh memperkuat akuntabilitas dan transparansi pengelolaan dana BOK di tingkat pelayanan primer.

Dalam kerangka evaluasi, efektivitas pemanfaatan anggaran dapat diamati melalui tiga aspek utama, yaitu peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, peningkatan mutu layanan, dan perluasan cakupan program kesehatan.²⁷ Hal ini menegaskan bahwa mekanisme pengelolaan yang terintegrasi, pengawasan berlapis, dan pemanfaatan teknologi digital tidak hanya memperkuat akuntabilitas dan transparansi, tetapi juga memastikan anggaran dimanfaatkan secara efektif untuk meningkatkan akses, mutu, dan cakupan layanan, menyelaraskan capaian program Puskesmas dengan tujuan inti kebijakan dana BOK.²⁸

Akan tetapi, efektivitas tersebut masih terjebak pada paradigma “akuntabilitas *input*”, bukan “akuntabilitas *output*”. Penerapan pengawasan berlapis dan pemantauan digital terbukti memperkuat transparansi serapan, namun seluruh instrumen evaluasi tersebut masih berpusat pada ketersediaan Surat Pertanggungjawaban (SPJ) dan bukti fisik pelaksanaan, alih-alih mengevaluasi dampak klinis dari dana yang dikeluarkan.²⁹ Selama indikator keberhasilan suatu fasilitas dipatok pada rasio pencairan dana per tahap dan bukan pada penutupan kesenjangan capaian SPM, disparitas antara mutu layanan dasar dan tingginya serapan finansial akan terus terjadi. Oleh karena itu, diperlukan transisi menuju tata kelola pembiayaan yang bersifat *strategic purchasing*, di mana fleksibilitas pemanfaatan dana BOK ditingkatkan dan insentif serapannya diikat erat dengan perbaikan indikator SPM secara riil.²³

KETERBATASAN

Penelitian ini memiliki dua keterbatasan utama. Pertama, fokus studi pada empat Puskesmas di Kota Semarang membatasi generalisasi temuan untuk wilayah dengan kapasitas fiskal, karakteristik geografis, atau tingkat digitalisasi yang berbeda. Kedua, pengumpulan data hanya mencakup perspektif penyedia layanan (*supply-side*), tanpa melibatkan pembuat kebijakan pusat (Kementerian Kesehatan) maupun masyarakat sebagai penerima manfaat layanan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan di empat Puskesmas di Kota Semarang telah mematuhi peraturan yang berlaku secara ketat dan secara efektif mencerminkan fungsi inti pembiayaan kesehatan. Didukung oleh perangkat pemantauan digital seperti dasbor dana BOK dan e-Renggar, tata kelola keuangan mulai

dari perencanaan hingga pertanggungjawaban berjalan secara transparan dan efisien guna mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer. Namun, mengingat penyerapan keuangan yang sangat tinggi tidak selalu menjamin tercapainya seluruh indikator Standar Pelayanan Minimal secara penuh, disarankan agar manajemen Puskesmas dan dinas kesehatan setempat secara struktural menyelaraskan alokasi BOK di masa mendatang agar lebih langsung mengacu pada kesenjangan kinerja Standar Pelayanan Minimal yang spesifik. Lebih lanjut, mempertahankan dan meningkatkan pelatihan berkelanjutan pada platform pelaporan digital ini akan sangat krusial untuk memaksimalkan dampak upaya kesehatan masyarakat promotif dan preventif.

Saran

Alokasi dana BOK perlu diorientasikan pada kesenjangan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), dengan memprioritaskan puskesmas yang masih tertinggal. Fleksibilitas melalui optimalisasi BLUD dan integrasi dengan kapitasi JKN harus diperkuat untuk menyelaraskan insentif kuratif dan promotif.

Selain itu, pengembangan *dashboard* terpadu yang menghubungkan serapan keuangan dengan luaran pelayanan secara *real-time* menjadi kunci agar anggaran tidak hanya terserap, tetapi berdampak langsung pada perbaikan mutu layanan primer.

DAFTAR PUSTAKA

1. Indonesia. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah. Nomor 33 Tahun 2004 Indonesia; 2004.
2. Karim NA, Dapi MD. Analisis akuntabilitas dan efektivitas anggaran bantuan operasional kesehatan (BOK)

- pada UPTD Puskesmas Tinongko Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara. *Innov J Soc Sci Res*. 2021;1(2):561–7.
3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023 tentang juknis pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan TA 2024. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Indonesia: Nomor 37 Tahun 2023; 2023.
 4. Ramadhani S, Sutiningsih D, Purnami CT. Implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada penderita hipertensi di Puskesmas Kota Surakarta. *J Kesehat Tadulako*. 2024;10(2):316–23.
 5. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Dashboard kesehatan kota Semarang. Dashboard Kesehatan. 2026.
 6. Nuryana H, Usman A, Rahayu S. Implementasi dana bantuan operasional kesehatan (BOK) di Puskesmas X Kota Bogor tahun 2022. *Promot J Mhs Kesehat Masy*. 2023;6(1):16–25.
 7. Priyatna SH, Pratiwi KP, Mawaddah Q, Ridwan M, Hasibuan ID. Analisis implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Simalingkar, Kota Medan. *J Kolaboratif Sains*. 2024;7(7):2415–23.
 8. Naba, Maryuni, Adiaksa R. Implementasi dana bantuan operasional kesehatan pada program KIA di Puskesmas Sudiang Makassar. *J Inov Teknol Dan Ilmu Kesehat*. 2025;1(1):19–23.
 9. Carolus JF, Hanley N, Olsen SB, Pedersen SM. A Bottom-up approach to environmental cost-benefit analysis. *Ecol Econ*. 2018;152(May):282–95.
 10. Khuzaimah S, Pramudho K, Zaharudin Z. Evaluasi dana bantuan operasional kesehatan (BOK) Puskesmas di Kabupaten Tanjung Barat. *Prepotif J Kesehat Masy*. 2025;9(2):3263–79.
 11. Wibowo H, Nurchihikita T, Kurniawan J. Analisis pengelolaan dana bantuan operasional (BOK) terhadap pelayanan kesehatan di wilayah kerja dinas kesehatan tahun 2023. *J Inform Medis*. 2023;1(2):53–60.
 12. Hadi SA, Noerjoedianto D, Amir A. Analisis pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan di Puskesmas Kebun Kopi. *MANUJU*. 2025;7(7):3150–64.
 13. Ponno H, Marampa AM, Ta'dung YL. Analisis pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan di Puskesmas Awan Rantekarua. *J Kolaboratif Sains*. 2024;7(2):896–901.
 14. Menteri Kesehatan. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 42 tahun 2022 tentang petunjuk teknis penggunaan dana alokasi khusus nonfisik bidang kesehatan tahun anggaran 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Indonesia: Nomor 42 Tahun 2022; 2022.
 15. Indriansyah F, Soewondo P, Permanasari VY. Analisis rendahnya realisasi bantuan operasional kesehatan (BOK) Puskesmas melalui mekanisme salur langsung di Kabupaten Bogor tahun 2023. *J Ar Ro ' Is Mandalika*. 2025;5(1):50–9.
 16. Menteri Dalam Negeri. Peraturan menteri dalam negeri republik indonesia nomor 12 tahun 2023 tentang pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan pusat kesehatan masyarakat pada pemerintah pusat. Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia Indonesia: Nomor 12 Tahun 2023; 2023.
 17. Kurnia D. Evaluasi penyerapan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) puskesmas tahun 2024 melalui mekanisme salur langsung di kota Bandung. *J Publik*. 2025;19(1):86–99.
 18. Menteri Keuangan. Peraturan menteri keuangan republik indonesia nomor 204/PMK.07/2022 tentang pengelolaan dana alokasi khusus nonfisik. Kementerian Keuangan Republik Indonesia Indonesia: Nomor 204/PMK.07/2022; 2022.
 19. Noviani IH, Gani A. Evaluasi formatif penyerapan anggaran bantuan operasional kesehatan (BOK) puskesmas salur langsung di kota Depok tahun 2023.

- J Mandalika Lit.* 2024;6(1):458–70.
20. Yhola EAM, Husada YB. Penerapan penyaluran dana BOK secara cashless melalui bni direct. *Jamanta J Mhs Akunt Unita.* 2023;3(1):124–35.
 21. Priyatiningsih N, Nurwahyuni A. Pengaruh pemanfaatan dana bantuan operasional kesehatan terhadap upaya kesehatan anak melalui posyandu di indonesia berdasarkan data IFLS tahun 2014. *J MKMI.* 2019;15(3):311–7.
 22. Herawati P, Khumaira L, Hasibuan ID, Syahputri FA, Nazhifah N. Analisis pemanfaatan dana bok dalam peningkatan pelayanan UKM esensial di puskesmas Medan Johor. *J-KESMAS J Kesehat Masy.* 2024;10(1):39–55.
 23. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The lancet global health commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Heal.* 2022;10(5):e715–72.
 24. Wahyuni S, Tanjung H, Sudarma A. Analisis penerapan sistem akuntansi keuangan berbasis digital dalam pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) di puskesmas (studi kasus pada puskesmas Buniwangi). *J Masharif Al-Syariah.* 2025;10(3):1566–76.
 25. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 18 tahun 2024 tentang petunjuk teknis pengelolaan dan bantuan operasional kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Indonesia: NOMOR 18 TAHUN 2024; 2024.
 26. (Persero) PBNI. Program BOK puskesmas dan dashboard BOK 2024 [Internet]. Slideshare. 2024. Available from: https://www.slideshare.net/slideshow/06-program-bok-puskesmas-dan-dashboard_bni-pptx/274797648
 27. Lestari SF. Analisis akuntabilitas dan efektivitas anggaran bantuan operasional kesehatan (BOK). *J Ekon Revolutioner.* 2024;7(7):211–29.
 28. Saputra R. Dampak implementasi peraturan menteri dalam negeri nomor 12 tahun 2023 tentang pengelolaan dana bantuan operasional kesehatan (BOK) puskesmas terhadap pelaksanaan dana BOK puskesmas di daerah. *J Defis.* 2025;16(16).
 29. Asante A, Cheng Q, Susilo D, Satrya A, Haemmerli M, Fattah RA, et al. The benefits and burden of health financing in Indonesia: analyses of nationally representative cross-sectional data. *Lancet Glob Heal.* 2023;11(5):e770–80.