

TESIS

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DANA ALOKASI KHUSUS (DAK) DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN JAYAWIJAYA TAHUN 2020

Disusun dan diajukan oleh

**ERNAWATI
K012191074**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DANA ALOKASI
KHUSUS (DAK) DI DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JAYAWIJAYA
TAHUN 2020**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

ERNAWATI

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN DANA ALOKASI KHUSUS (DAK)
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN JAYAWIJAYA**

Disusun dan diajukan oleh

**ERNAWATI
K012191074**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 9 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

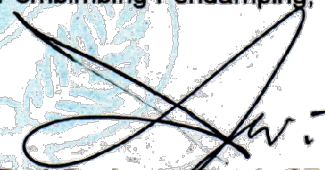
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Prof. Dr. Indar, SH., MPH
NIP. 195311101986011001

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc
NIP. 195701021986011001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001

Ketua Program Studi S2
Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Ernawati
Nomor Pokok : K012191074
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

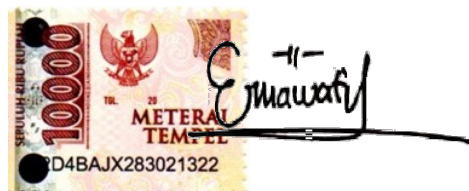
Analisis implementasi kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Wamena, Agustus 2021

Yang Menyatakan,



Ernawati

PRAKATA

Assalamualaikum Wr.Wb...

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya dan shalawat serta salam tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul "Analisis Implementasi Kebijakan Dana Alokasi Khusus (Dak) Di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020". Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Prof. Dr. H. Indar, SH.,MPH** selaku pembimbing I dan Bapak **Prof. Dr. Amran Razak, SE.,M.Sc** selaku pembimbing II yang telah meluangkan banyak waktu dan pikiran memberikan petunjuk, arahan, dan motivasinya. Kepada Bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes**, Ibu **Prof. Dr. Masni,Spt.,MSPH** dan Bapak **Dr. Wahiduddin,SKM.,M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan masukan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.

Tidak lupa pula penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada deretan orang-orang yang telah ikhlas membantu, pahlawan tanpa tanda jasa, Civitas Akademika kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA.**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M. Med.Ed**, dan para Wakil Dekan serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
3. Ibu **Prof Dr. Masni. Apt., MSPH** selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh **Dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan** yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
5. Kepada Staf Departemen Adminstrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Hasanuddin terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa.
6. **Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya dr. Willy E. Mambieuw Sp.B** yang telah memberikan izin penelitian dan juga bersedia menjadi informan yang sangat membantu dalam proses penelitian berlangsung.
7. Kepada Suami saya tecinta **Richard Ronald Boling** terima kasih untuk segala fasilitas, kasih sayang, serta semangat yang diberikan selama peneliti menempuh pendidikan magister di FKM Unhas
8. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Tidak lupa penulis haturkan setulus jiwa, rasa terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan atas segala bentuk dukungan dan pengorbanan, kesabaran, dan doa yang tiada hentinya terkhusus kepada kedua orang tua yang sangat saya cintai ayahanda Alm. H. Tona Jafar dan Ibunda Hj. Mariamah yang telah menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan tesis ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Wassalamualaikum Wr. Wb...

Wamena, Agustus
2021

Penulis

ABSTRAK

ERNAWATI. *Analisis Implementasi Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya.* (Dibimbing oleh **Indar** dan **Amran Razak**).

Dana Alokasi Khusus bertujuan guna meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dalam pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) dan menunjang pelaksanaan program JKN tahun 2020 serta mempercepat penurunan AKI dan AKB, pelayanan Jamkesmas/Jampersal di Puskesmas dan Rumah Sakit, penanggulangan masalah gizi dan pencegahan penyakit serta penyehatan lingkungan. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis implementasi Dana Alokasi Khusus (DAK) di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya.

Jenis penelitian ini adalah metode kualitatif dengan rancangan studi kasus. Lokasi penelitian dilaksanakan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Teknik pengambilan data melalui observasi dan wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi kebijakan DAK berupa jaminan persalinan, Implementasi kebijakan DAK berupa akreditasi puskesmas, Implementasi kebijakan DAK berupa POM, Implementasi kebijakan DAK berupa obat dan perbekalan kesehatan telah diterapkan pada dinas kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Sedangkan untuk Implementasi kebijakan DAK berupa komunikasi belum dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Adapun saran dalam penelitian ini adalah Membuat dan melaksanakan perencanaan yang komprehensif atas pemanfaatan alokasi DAK yang lebih optimal sesuai sumber anggaran, sehingga sumber anggaran yang lain dalam satu kegiatan tidak ganda (BOK/DAU) dan peruntukan DAK bidang kesehatan tidak hanya menambah aset tetapi telah disalurkan sesuai sasarannya.

Kata Kunci: Implementasi Kebijakan, Dana Alokasi Khusus, Dinas Kesehatan



ABSTRACT

ERNAWATI. *Analysis of the Implementation of the Special Allocation Fund (DAK) Policy at the Jayawijaya District Health Office.* (Supervised by **Indar** and **Amran Razak**).

The Special Allocation Fund aims to improve access and quality of health services in achieving the Sustainable Development Goals (SDGs) and to support the implementation of the 2020 JKN program as well as to accelerate the reduction of MMR and IMR, Jamkesmas/Jampersal services at Puskesmas and Hospitals, overcoming nutritional problems and preventing disease and environmental sanitation. The purpose of this study was to analyze the implementation of the Special Allocation Fund (DAK) at the Jayawijaya District Health Office.

This type of research is a qualitative method with a case study design. The location of the research was carried out at the Jayawijaya District Health Office. Data collection techniques through observation and interviews.

The results showed that the implementation of the DAK policy in the form of childbirth insurance, the implementation of the DAK policy in the form of puskesmas accreditation, the implementation of the DAK policy in the form of POM, the implementation of the DAK policy in the form of drugs and health supplies had been applied to the Jayawijaya district health office. Meanwhile, the implementation of the DAK policy in the form of communication has not been implemented at the Jayawijaya District Health Office. The suggestions in this study are to make and implement a comprehensive plan for more optimal utilization of DAK allocations according to budget sources, so that other budget sources in one activity are not doubled (BOK/DAU) and the allocation of DAK in the health sector does not only increase assets but has been distributed, according to the target.

Keywords: Policy Implementation, Special Allocation Fund, Health Office



DAFTAR ISI

		Halaman
PRAKATA		iv
ABSTRAK		vi
ABSTRACT		vii
DAFTAR ISI		viii
DAFTAR TABEL		x
DAFTAR GAMBAR		xi
DAFTAR LAMPIRAN		xii
DAFTAR ISTILAH		xiii
BAB I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar Belakang	1
	B. Rumusan Masalah	8
	C. Tujuan Penelitian	8
	D. Manfaat Penelitian	9
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA KONSEP	11
	A. Tinjauan Pustaka	11
	1. Konsep Implementasi	11
	2. Konsep Kebijakan	14
	3. Konsep Implementasi Kebijakan	18
	4. Konsep Dana Alokasi Khusus	31
	5. Penelitian Terdahulu	38
	B. Kerangka Konsep	43
BAB III	METODE PENELITIAN	48
	A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	48
	B. Lokasi Penelitian	48
	C. Sumber Data	49
	D. Informan Penelitian	49
	E. Teknik Pengumpulan Data	50

	F. Teknik Analisis Data	52
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	56
	A. Kebijakan Pemerintah mengenai DAK Bidang Kesehatan	56
	B. Implementasi Kebijakan DAK Biaya Operasional Bidang Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	66
	C. Implementasi Kebijakan DAK Jaminan Persalinan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	72
	D. Implementasi Kebijakan DAK Akreditasi Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	75
	E. Implementasi Kebijakan DAK Pengawasan Obat dan Makanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	78
	F. Implementasi Kebijakan DAK Komunikasi Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	80
	G. Implementasi Kebijakan DAK Obat dan Perbekalan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	81
	H. Akses dan Mutu Layanan Kesehatan	88
	I. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan DAK pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya	94
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	102
	A. Kesimpulan	102
	B. Saran	103

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

1. Aplikasi Konseptual Model Edward III Perspektif Implementasi Kebijakan	27
2. Matriks Emik dan Etik Kebijakan Pemerintah mengenai DAK Bidang Kesehatan	62
3. Anggaran Biaya Operasional Bidang Kesehatan	66
4. Anggaran Biaya Operasional Bidang Kesehatan untuk Puskesmas	67
5. Anggaran Jaminan Persalinan	72
6. Anggaran Akreditasi Puskesmas	76
7. Matriks Emik dan Etik Kebijakan Pemerintah mengenai Implementasi Kebijakan DAK Bidang Kesehatan	87
8. Matriks Emik dan Etik Kebijakan Pemerintah mengenai Akses dan Mutu Layanan Kesehatan	91
9. Matriks Emik dan Etik Kebijakan Pemerintah mengenai Faktor Pendukung dan Penghambat	97

DAFTAR GAMBAR

1. Model Pendekatan <i>Direct and Indirect Impact on Implementation</i> (George Edward III)	28
2. Kerangka Teori	45
3. Kerangka Konsep	46

DAFTAR LAMPIRAN**Lampiran**

1. Instrumen Penelitian Pedoman Wawancara.....	108
2. Dokumentasi	116

DAFTAR ISTILAH

Singkatan	Keterangan
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
TP	Tugas Pembantuan
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
IPKM	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
DBK	Daerah Bermasalah Kesehatan
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jampersal	Jaminan Persalinan
DPA	Dokumen Pelaksana Anggaran
POM	Pengawasan Obat dan Makanan
SOP	Standard Operating Procedure
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
APBN	Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APBD	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
PNSD	Pegawai Negeri Sipil Daerah
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Kadis	Kepala Dinas
Kabid	Kepala Bidang
Kasubag	Kepala Sub Bagian
Nakes	Tenaga Kesehatan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
RUK	Rencana Usulan Kegiatan

SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
KB	Keluarga Berencana
Germas	Gerakan Masyarakat
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
UPTD	Unit Pelaksana Teknis Daerah
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
OAP	Orang Asli Papua
Dinkes	Dinas Kesehatan
PSDK	Pengembangan Sumber Daya Kesehatan
Bapel	Badan Pelaksana

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembentukan Undang-Undang tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah dimaksudkan untuk mendukung pendanaan atas penyerahan urusan kepada Pemerintahan Daerah yang diatur dalam Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah. Pendanaan tersebut menganut prinsip *money follows function*, yang mengandung makna bahwa pendanaan mengikuti fungsi pemerintahan yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab masing-masing tingkat pemerintahan.

Upaya Pemerintah dalam mencukupi pembiayaan bidang kesehatan dengan alokasi melalui DAK sampai tahun 2020 belum menunjukkan hasil yang menggembirakan, karena masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), kasus balita teridentifikasi gizi buruk, di daerah penerima DAK menunjukkan program yang dibiayai melalui DAK kurang berhasil. Selain itu, melihat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2018 dan 2019, masih terdapat Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK), sedangkan anggaran Pemerintah terus dikururkan setiap tahunnya. Penurunan IPKM tahun 2018 dan 2019 di beberapa kabupaten/kota, provinsi pada beberapa indikator maka patut diduga bantuan penganggaran dari

pemerintah setiap tahun kurang tepat sasaran, yaitu tidak berdasar kebutuhan, kurang memperhatikan kondisi geografi dan karakteristik penduduk.

Tujuan DAK yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan menunjang pelaksanaan program JKN tahun 2020 serta mempercepat penurunan AKI dan AKB, pelayanan Jamkesmas/Jampersal di Puskesmas dan Rumah Sakit, penanggulangan masalah gizi dan pencegahan penyakit serta penyehatan lingkungan.

Data mengenai DAK pada Dinas Kesehatan berdasarkan pagu dana DPA tahun 2016 sampai 2020 sesuai realisasi, persentase pencapaian dan sisa dana. Realisasi DAK menunjukkan persentase yang mengalami naik turun. Terlihat tahun 2016 persentase capaian sebesar 89% dengan pagu dana DPA Rp. 45.511.658.999 yang terealisasi Rp. 39.619.161.479 dan sisa Rp. 5.892.497.520, dan tahun 2017 persentase capaian sebesar 89.95%, dengan pagu dana DPA sebesar Rp. 36.161.802.000, yang mengalami penurunan dari tahun sebelumnya dengan realisasi Rp. 32.346.252.601 dan sisa Rp. 3.815.559.393. Dari tahun 2017 sampai tahun 2018 terlihat pagu dana DPA meningkat menjadi Rp. 106.822.000.000 namun terealisasi hanya sebesar Rp. 101.112.141.844 dengan persentase capaian 85%, menurun dari tahun sebelumnya, dan sisa dana sebesar Rp. 5.709.858.156. Tahun 2019 pagu dana DPA menurun hanya sebesar Rp. 51.806.769.975 dengan realisasi

Rp. 35.292.916.454 yang menunjukkan persentase capaian 78.67% dan sisa Rp. 16.513.853.521. Tahun 2020, dengan masa pandemi mulai Maret sampai Desember, besar pagu dana DPA hanya sebesar Rp. 27.939.841.014 dengan realisasi baru sebesar Rp. 1.991.142.172 atau persentase capaian 16%, dan sisa dana DPA Rp. 25.948.698.842.

Bidang-bidang yang dibiayai DAK diarahkan pada kegiatan-kegiatan fisik dengan skala proyek yang tidak terlalu besar ditingkat kabupaten/kota. Dalam White Paper DAK yang diterbitkan Bappenas (November 2018) menyebutkan bahwa Kendati hanya mengambil porsi kecil, DAK tetap dianggap penting karena sedikitnya dua tingkat alasan. Pertama, di tingkat nasional, undang-undang menetapkan DAK sebagai jalur penghubung bagi pencapaian prioritas-prioritas nasional. Selain dapat memperkuat kegiatan sektoral kementerian lembaga (K/L) di daerah dapat juga menjadi kegiatan substitusi karena minimnya kegiatan daerah di sektor itu. Kedua, di tingkat daerah melihat pola umum belanja yang menempatkan belanja pegawai dalam porsi yang dominan, DAK dapat dijadikan kompensasi atas kekurangan pembiayaan pembangunan fisik dan pelayanan masyarakat di daerah kendati dalam jumlah terbatas. Trend alokasi DAK bidang kesehatan di Indonesia tahun 2014-2018 meningkat tetapi tidak konsisten. Terlihat untuk pelayanan dasar, pelayanan rujukan dan farmasi dialokasikan pada 23 provinsi di tahun 2014, menurun di tahun 2015 menjadi 18 provinsi, tahun 2016 ada 23 provinsi, 2017 ada 26 provinsi dan 2018 sebanyak 25 provinsi. Sementara

untuk pelayanan dasar tahun 2014 dialokasikan sebanyak 397 kabupaten/kota, tahun 2015 menjadi 433 kabupaten/kota. Tahun 2016 alokasi anggaran pada 397 kabupaten/kota, tahun 2017 menjadi 418 kabupaten/kota dan tahun 2018 menurun hanya 400 kabupaten/kota. Untuk pelayanan rujukan tahun 2014 dan 2016 dialokasikan masing-masing 256 kabupaten/kota, tahun 2015 ada 232 kabupaten/kota. Tahun 2017 menjadi 372 kabupaten/kota dan tahun 2018 sebanyak 349 kabupaten/kota. Pelayanan farmasi tahun 2014 dan 2016 dialokasikan pada 440 kabupaten/kota, tahun 2015 menjadi 444 kabupaten/kota. Tahun 2017 alokasi anggaran pada 438 kabupaten/kota dan tahun 2018 ada 424 kabupaten/kota.

Dana Alokasi Khusus ditentukan oleh Kementerian Teknis terkait, sesuai usulan/kebutuhan daerah. Alokasi DAK tahun 2014 sampai dengan 2018 menunjukkan tidak semua dari 440 kabupaten/kota menerima DAK untuk pelayanan dasar maupun rujukan. Tetapi hampir 99% kabupaten/kota mendapatkan DAK untuk pelayanan farmasi. Besar alokasi DAK regular Kementerian Kesehatan dari tahun 2014 sampai dengan 2018 terus meningkat. Selain itu, pada tahun 2016 dan 2018 terdapat DAK tambahan masing-masing sebesar Rp. 2 Triliun dan Rp. 2,8 Triliun, sebagaimana pasal 10 ayat 7 Undang undang Nomor 27 Tahun 2014 tentang APBN. Dan dalam pasal 10 ayat (6) huruf b dialokasikan sebagai kebijakan afirmasi kepada kabupaten/kota daerah tertinggal dan perbatasan yang kemampuan keuangannya relatif rendah yaitu untuk

infrastruktur sanitasi dan air minum sebesar Rp.512.099.000.000,-. Alokasi DAK untuk pelayanan dasar pada tahun 2018 mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya sedangkan alokasi penganggaran pelayanan rujukan relatif sama setiap tahun. Adapun alokasi anggaran pelayanan farmasi tahun 2018 mengalami penurunan.

Fenomena yang ditemukan, DAK Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun anggaran 2019 untuk fisik sebesar Rp. 218.296.744.000 dengan realisasi Rp. 48.336.913.504 atau baru terealisasi 22.14%, sedangkan non fisik sebesar Rp. 54.172.865.000 dengan realisasi Rp. 31.524.063.216 atau 58.19%. Ini menunjukkan bahwa baik DAK fisik maupun non fisik belum mencapai target yang diharapkan dalam pengalokasian DAK di atas 90%, sehingga alokasi pembangunan kesehatan masih rendah realisasinya.

Dana akreditasi puskesmas anggarannya sudah dianggarkan oleh pemerintah, tetapi situasi pandemic covid-19 sehingga anggaran akreditasi puskesmas belum dilaksanakan secara maksimal dan dialihkan ke tahun anggaran 2021.

Biaya operasional berupa alokasi dana bantuan operasional kesehatan pemerintah yang bersifat promotif dan preventif. Jaminan persalinan merupakan alokasi dana untuk rujukan persalinan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten. Selanjutnya akreditasi Puskesmas dalam hal ini akreditasi yang diberikan kepada Puskesmas untuk memberikan pelayanan maksimal kepada masyarakat. Sementara POM atau pengawasan obat dan makanan merupakan alokasi dana yang

diberikan pemerintah untuk mengawasi ketersediaan obat dan makanan. Demikian halnya dengan alokasi dana untuk kelancaran komunikasi antara pemerintah pusat dan daerah serta obat dan perbekalan kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit.

Faktanya bahwa tingkat pengalokasian BOK masih menjadi keluhan dari implementor Dinas kesehatan untuk melakukan kegiatan pembangunan bidang kesehatan yang keberadaan alokasi anggaran masih terbatas atau kurang. Termasuk tingkat jaminan persalinan yang setiap tahun mengalami peningkatan yang tidak seiring dengan kemampuan pihak kesehatan untuk memberikan jaminan persalinan yang maksimal. Selain itu masih banyak puskesmas yang ada di Kabupaten Jayawijaya belum mendapatkan akreditasi kelayakan, sehingga membutuhkan anggaran yang memadai untuk mewujudkan standar kelayakan akreditasi untuk puskesmas. Demikian pula dengan pengawasan obat dan makanan yang ada saat ini masih kurang, karenanya pihak Dinas Kesehatan memerlukan bantuan dari pemerintah daerah dalam mendapatkan anggaran tambahan untuk DAK bidang kesehatan dalam menyediakan obat dan makanan.

Tentu implementasi kebijakan ini tidaklah mudah diaktualisasikan, dikarenakan ada faktor penentu yang terkadang belum tersosialisasikan dengan baik dalam menentukan keberhasilan implementasi kebijakan DAK pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Ini terlihat dari faktor

komunikasi di dalam mengangkat isu-isu atau masalah yang berkaitan dengan prioritas anggaran bidang kesehatan, ketersediaan sumber daya manusia yang berkompeten masih kurang, disposisi kebijakan masih sering mengalami kendala dalam penggunaan dan pemanfaatan DAK, serta struktur birokrasi yang tidak efektif dalam pengelolaan DAK di bidang kesehatan.

Kebijakan DAK juga belum terlaksana dengan maksimal disebabkan karena yaitu 1) kebutuhan tenaga Kesehatan dilapangan masih kurang, 2) Kurangnya SDM yang bertugas di Puskesmas sehingga mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan (NAKES) dan tidak bisa bekerja sesuai tupoksinya masing-masing, 3) Kurangnya Komunikasi dan Kerjasama lintas sektor sehingga keamanan tenaga kesehatan (NAKES) terancam dan tidak terjamin atas keselamatannya dalam melaksanakan kegiatannya 4) Dinas Kesehatan belum melaksanakan evaluasi kinerja petugas kesehatan yang ada di Puskesmas untuk mengetahui apakah sudah sampai target sasaran yang telah ditentukan atau tidak 5) Terhambatnya kegiatan yang diakibatkan oleh pandemic Covid-19.

Implementasi kebijakan DAK merupakan sebuah ketentuan yang menjadi program, jadi rendahnya pencapaian implementasi kebijakan karena itu yang akan diamati apa penyebabnya dan mengapa realisasi DAK itu tidak bisa menjadi optimal sehingga terjadi rendahnya DAK tersebut. Inilah yang menjadi alasan perlu untuk dijustifikasi dengan menganalisis implementasi kebijakan DAK untuk bidang kesehatan dan

untuk mengatasi faktor penghambat dari alokasi anggaran tersebut, sehingga terwujud akses dan mutu layanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya.

Uraian di atas dikaitkan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang juga meneliti tentang implementasi kebijakan DAK antara lain penelitian Ghea Harta Prayona (2019) dengan hasil penelitian implementasi kebijakan pengelolaan DAK fisik telah sesuai dengan kinerja implementasi, akan tetapi faktor eksternal yakni terjadinya Erupsi Gunung Agung menyebabkan implementasi kebijakan ini tidak dapat mencapai sasaran dan program tersebut dihentikan sementara hingga dicabutnya status bahaya Erupsi Gunung Agung. Penelitian lainnya yaitu Karlina (2017) dengan temuan alokasi DAK mengalami peningkatan anggaran dan penambahan alokasi pada setiap tahun, namun implementasi ini belum merubah pembangunan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan target dan capaian IPKM, pemanfaatan DAK belum menjadi pertimbangan beberapa daerah dalam pelaksanaan pengelolaan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan. Kajian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan DAK pada Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti memilih judul: "Analisis Implementasi Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa biaya operasional bidang kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?
2. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa jaminan persalinan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?
3. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa akreditasi puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?
4. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa POM di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?
5. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa komunikasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?
6. Bagaimana implementasi kebijakan DAK berupa pengadaan obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jawawijaya tahun 2020?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui dan menjelaskan rendahnya realisasi DAK, sehingga perlu implementasi kebijakan untuk meningkatkan realisasi DAK di Dinas Kesehatan

Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020. Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa biaya operasional bidang kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.
2. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa jaminan persalinan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.
3. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa akreditasi puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.
4. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa POM di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.
5. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa komunikasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.
6. Menganalisis implementasi kebijakan DAK berupa pengadaan obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2020.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian terdiri atas manfaat teoritis dan praktis sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam implementasi kebijakan khususnya dalam penelitian yang menganalisis implementasi

kebijakan DAK di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi peneliti, hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian mengenai analisis implementasi kebijakan DAK di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020.
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta memberikan gambaran mengenai kebijakan alokasi DAK untuk memenuhi operasional di bidang kesehatan masyarakat.
- c. Bagi institusi dan peneliti lanjutan, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa dan dosen yang ingin mengkaji mengenai implementasi kebijakan DAK di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya Tahun 2020.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA KONSEP

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Implementasi

Secara sederhana implementasi bisa diartikan pelaksanaan atau penerapan. Browne dan Wildavsky (2015:7) mengemukakan bahwa implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan. Menurut Syauckani (2019: 295) implementasi merupakan suatu rangkaian aktivitas dalam rangka menghantarkan kebijakan kepada masyarakat sehingga kebijakan tersebut dapat membawa hasil sebagaimana diharapkan.

Rangkaian kegiatan tersebut mencakup, Pertama persiapan seperangkat peraturan lanjutan yang merupakan interpretasi dari kebijakan tersebut. Kedua, menyiapkan sumber daya guna menggerakkan kegiatan implementasi termasuk di dalamnya sarana dan prasarana, sumber daya keuangan dan tentu saja penetapan siapa yang bertanggung jawab melaksanakan kebijaksanaan tersebut. Ketiga, bagaimana menghantarkan kebijaksanaan secara kongkrit ke masyarakat.

Berdasarkan pandangan tersebut diketahui bahwa proses implementasi kebijakan sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan administratif yang bertanggung jawab untuk melaksanakan

program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran, melainkan menyangkut jaringan kekuatan politik, ekonomi, dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat untuk menetapkan arah agar tujuan kebijakan publik dapat direalisasikan sebagai hasil kegiatan pemerintah.

Sedangkan menurut Mazmanian dan Sabatier dalam (2015:65) menjelaskan makna implementasi ini dengan mengatakan bahwa memahami apa yang real terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikan maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Purwanto dan Sulistyastuti (2014:91) implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementor kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan kebijakan. Agustino (2017:139) implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri.

Ripley dan Franklin (2016:186)) implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Implementasi mencakup tindakan-tindakan oleh sebagai aktor, khususnya para birokrat yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan. Tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan (*linkage*) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa direalisasikan sebagai dampak dari suatu kegiatan pemerintah.

Surmayadi (2015:79) mengemukakan ada tiga unsur penting dalam proses implementasi yaitu: (1) adanya program atau kebijakan yang dilaksanakan (2) target group yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan ditetapkan akan menerima manfaat dari program, perubahan atau peningkatan dan (3) unsur pelaksana (*implementor*) baik organisasi atau perorangan untuk bertanggung jawab dalam memperoleh pelaksanaan dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Implementasi melibatkan usaha dari *policy makers* untuk memengaruhi apa yang oleh Lipsky (2014:175) disebut "*street level bureaucrats*" untuk memberikan pelayanan atau mengatur perilaku kelompok sasaran (*target group*). Untuk kebijakan yang sederhana, implementasi hanya melibatkan satu badan yang berfungsi sebagai *implementor*, misalnya, kebijakan pembangunan infrastruktur publik

untuk membantu masyarakat agar memiliki kehidupan yang lebih baik, Sebaliknya untuk kebijakan makro, misalnya, kebijakan pengurangan kemiskinan di pedesaan, maka usaha-usaha implementasi akan melibatkan berbagai institusi, seperti birokrasi kabupaten, kecamatan, pemerintah desa.

Implementasi menurut Lukman (2015:133) adalah mempraktekkan, melaksanakan atau menindaklanjuti suatu kegiatan dalam mencapai tujuan. Implementasi merupakan sebuah tindakan yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta, baik secara individu maupun kelompok dengan maksud untuk mencapai tujuan yang telah dirumuskan. Sedangkan menurut Nugroho (2016:175) implementasi pada prinsipnya adalah cara yang dilakukan agar dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Implementasi merupakan prinsip dalam sebuah tindakan atau cara yang dilakukan oleh individu atau kelompok orang untuk pencapaian tujuan yang telah dirumuskan. Jadi, implementasi itu merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan kebijakan sebelumnya. Implementasi sebagai proses kegiatan yang dilakukan oleh berbagai aktor sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan-tujuan atau sasaran-sasaran yang telah ditetapkan.

2. Konsep Kebijakan

Banyak definisi mengenai apa yang maksud dengan kebijakan dalam literatur. Masing-masing definisi memberi penekanan yang berbeda-beda. Perbedaan ini timbul karena masing-masing ahli mempunyai latar belakang yang berbeda-beda, walaupun pendekatan dan model yang digunakan oleh para ahli pada akhirnya juga akan dapat menentukan bagaimana kebijakan tersebut hendak didefinisikan.

Menurut Dye dan James (2018:4-5), ada tiga alasan yang melatarbelakangi mengapa kebijakan perlu untuk dipelajari. Pertama, pertimbangan atau alasan ilmiah (*scientific reasons*). Kedua, pertimbangan atau alasan profesional (*professional reasons*). Ketiga, pertimbangan atau alasan politis (*political reasons*).

Friedrich dan Agustino (2017:97) kebijakan adalah serangkaian tindakan atau kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan (kesulitan) dan kemungkinan (kesempatan) dimana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud. Kebijakan merupakan serangkaian tindakan yang telah ditentukan oleh pemerintah (instansi publik) yang mempunyai tujuan untuk mengatur kepentingan masyarakat.

Menurut Dunn (2014:22), proses kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan didalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis, aktivitas politis tersebut divisualisasikan

sebagai serangkaian tahap yang saling tergantung yang diatur menurut urutan waktu.

Sementara Winarno (2019:35) proses pembuatan kebijakan merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Proses-proses penyusunan kebijakan publik tersebut dibagi kedalam beberapa tahapan. Tahapan kebijakan publik adalah sebagai berikut:

a. Penyusunan agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah-masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk ke dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan. Pada tahap ini suatu masalah mungkin tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

b. Tahap formulasi kebijakan

Masalah telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (*policy alternatives/policy options*) yang ada. Sama halnya dengan penanganan suatu masalah untuk masuk ke dalam agenda

kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah.

c. Tahap adopsi kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau pengambil keputusan kebijakan.

d. Tahap implementasi kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, keputusan program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumberdaya finansial dan manusia.

e. Tahap evaluasi kebijakan

Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah

mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan.

Istilah kebijakan sebenarnya telah sering didengar dalam kehidupan sehari-hari. Pada dasarnya banyak batasan atau definisi mengenai apa yang dimaksud dengan kebijakan publik. Salah satu definisi yang diberikan oleh Eyestone (2017:15) mendefinisikan kebijakan publik sebagai hubungan antara unit pemerintah dengan lingkungannya. Banyak pihak beranggapan bahwa definisi tersebut masih terlalu luas untuk dipahami, karena apa yang dimaksud dengan kebijakan publik dapat mencakup banyak hal.

Thomas R Dye sebagaimana dikutip oleh Islamy (2019:19) mendefinisikan kebijakan sebagai "*is whatever government choose to do or not to do*" (apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau untuk tidak dilakukan). Definisi ini menekankan bahwa kebijakan adalah mengenai perwujudan "tindakan" dan bukan merupakan pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat publik semata. Di samping itu pilihan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu juga merupakan kebijakan publik karena mempunyai pengaruh (dampak) yang sama dengan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu.

Kebijakan menjadi suatu tujuan tertentu atau serangkaian tindakan yang dilakukan oleh pemerintah pada periode tertentu dalam hubungan dengan suatu subyek atau tanggapan atas suatu krisis. Kebijakan merupakan bentuk intervensi yang dilakukan secara terus-

menerus oleh pemerintah demi kepentingan kelompok yang kurang beruntung dalam masyarakat agar mereka dapat hidup, dan ikut berpartisipasi dalam pembangunan secara luas. Kebijakan menjadi aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Makna kebijakan menurut Winarno (2018:239) secara umum istilah “kebijakan” atau “*policy*” digunakan untuk menunjuk perilaku seorang aktor (misalnya seorang pejabat, suatu kelompok maupun suatu lembaga pemerintahan) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Namun demikian, pengertian kebijakan seperti ini hanya dapat digunakan dan relatif memadai untuk pembicaraan-pembicaraan biasa dan menjadi kurang memadai untuk pembicaraan-pembicaraan yang lebih bersifat ilmiah dan sistematis menyangkut analisis sebuah kebijakan publik. Karena itu, diperlukan batasan atau konsep kebijakan publik yang lebih tepat.

Frederickson dan Hart (2014:192) mengemukakan kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan adanya hambatan-hambatan tertentu sambil mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

3. Konsep Implementasi Kebijakan

Menurut Van Metter dan Van Horn (2018:195) implementasi kebijakan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu/pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Esensi utama dari implementasi kebijakan adalah memahami apa yang seharusnya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan. Pemahaman tersebut mencakup usaha untuk mengadministrasikannya dan menimbulkan dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Mazmanian dan Sabatier (2015: 219) implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah atau keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah-masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan dan sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.

Berdasarkan rumusan implementasi kebijakan sebagaimana dikemukakan di atas, maka implementasi kebijakan dapat dimaknai sebagai pelaksanaan kegiatan/aktifitas mengacu pada pedoman-pedoman yang telah disiapkan sehingga dari kegiatan/aktifitas yang telah dilaksanakan tersebut dapat memberikan dampak/akibat bagi

masyarakat dan dapat memberikan kontribusi dalam menanggulangi masalah yang menjadi sasaran program.

Lester dan Stewart (2019:296) implementasi kebijakan sebagai tahap penyelenggaraan kebijakan segera setelah ditetapkan menjadi undang-undang. Dalam pandangan luas implementasi kebijakan diartikan sebagai pengadministrasian undangundang kedalam berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik-teknik yang bekerja secara bersama-sama untuk mencapai tujuan dan dampak yang ingin diupayakan oleh kebijakan tersebut.

Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan. Bressman dan Wildansky (2017:198) implementas kebijakan adalah suatu proses interaksi antara suatu perangkat tujuan dan tindakan yang mampu mencapai tujuan.

Implementasi kebijakan merupakan proses lanjutan dari tahap formulasi kebijakan. Pada tahap formulasi ditetapkan strategi dan tujuan-tujuan kebijakan sedangkan pada tahap implementasi kebijakan, tindakan (*action*) diselenggarakan dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Dalam sejarah perkembangan studi implementasi kebijakan dijelaskan tentang adanya dua pendekatan guna memahami implementasi kebijakan, yaitu: pendekatan top down dan bottom up.

Pendekatan top down misalnya dapat disebut sebagai pendekatan yang mendominasi awal perkembangan studi implementasi kebijakan, walaupun dikemudian hari terdapat perbedaan, sehingga menelurkan pendekatan bottom up, namun pada dasarnya dua pendekatan ini bertitik-tolak pada asumsi-asumsi yang sama dalam mengembangkan kerangka analisis tentang studi implementasi.

Inti dari kedua pendekatan ini adalah sejauhmana tindakan para pelaksana (administrator dan birokrat) sesuai dengan prosedur serta tujuan yang telah digariskan oleh para pembuat kebijakan. Berikut diuraikan beberapa model implementasi kebijakan (Rusdin, 2012:89-90):

a. Model Implementasi Kebijakan Van Metter dan Van Horn

Model implementasi kebijakan yang dirumuskan oleh Van Metter dan Van Horn menjelaskan bahwa proses implementasi kebijakan merupakan sebuah abstraksi atau performansi yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi dan dipengaruhi oleh enam variabel, yaitu: ukuran dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik agen pelaksana, sikap dan kecenderungan para pelaksana, komunikasi antarorganisasi dan lingkungan sosial, ekonomi juga politik.

b. Model Implementasi Kebijakan Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier

Model implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Mazmanian dan Sabatier disebut dengan *A Framework for Policy Implementation Analysis*. Model ini berpendapat bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel-variabel yang dimaksud dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar, yaitu: 1) mudah tidaknya masalah yang akan digarap, meliputi: kesukaran teknis, keberagaman perilaku yang diatur, tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki; 2) kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat; 3) faktor-faktor di luar undang-undang yang mempengaruhi implementasi.

c. Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III

Model implementasi kebijakan dengan menggunakan pendekatan top down, dalam menganalisa implementasi kebijakan model ini berfokus pada empat variabel yang dianggap menentukan proses implementasi kebijakan, yaitu: komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.

d. Model Implementasi Kebijakan Eguene Bardach

Model implementasi kebijakan yang dikemukakan Eguene Bardach dalam melakukan analisa lebih menekankan pada tawar menawar, persuasi, dan manuver oleh kelompok-kelompok

kepentingan guna memaksimalkan pengaruh mereka dalam hal pelaksanaan atau implementasi.

e. Model Implementasi Kebijakan Christopher Hood

Model implelementasi kebijakan yang dirumuskan oleh Christopher Hood dalam bukunya *Limit To Administration* menjelaskan bahwa sekurang-kurangnya terdapat lima syarat agar implementasi kebijakan dapat berlangsung sempurna, yaitu: implementasi adalah produk dari organisasi yang padu seperti militer dengan garis komando yang jelas, norma-norma ditegakkan dan tujuan ditentukan dengan jelas, orang-orangnya dipastikan dapat melaksanakan apa yang diminta, harus ada komunikasi yang sempurna di dalam dan antar organisasi, tidak ada tekanan waktu.

f. Model Implementasi Kebijakan Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn

Model implementasi ini sangat menekankan pentingnya pendekatan Top-Down dalam proses implementasi, bagi mereka pendekatan Bottom-Up cenderung mendekati permasalahan kasus per kasus dianggap tidak menarik apalagi para pembuat kebijakan adalah orang-orang yang telah dipilih secara demokratis.

Model implementasi kebijakan ini memberikan proposisi untuk mencapai implementasi yang sempurna, sebagai berikut: situasi diluar badan/organisasi tidak menimbulkan kendala besar bagi proses implementasi, tersedia cukup waktu dan cukup sumberdaya untuk melaksanakan program, tidak ada kendala

dalam menyediakan sumberdaya yang dibutuhkan termasuk sumberdaya yang dibutuhkan dalam setiap tahapan implementasi, kebijakan yang diimplementasikan didasarkan pada teori sebab akibat yang valid, hubungan sebab akibat tersebut setidaknya ada hubungan antara (*intervening links*), diimplementasikan oleh lembaga tunggal yang tidak tergantung pada lembaga lainnya.

Menurut Van Metter dan Van Horn (2018:142) ada enam faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan:

- a. Ukuran dan tujuan kebijakan. Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan budaya sosial yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal untuk dilaksanakan pada level warga, maka agak sulit merealisasikan kebijakan publik pada level yang dikatakan berhasil.
- b. Sumber daya, keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi.
- c. Karakteristik agen pelaksana, pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja implementasi kebijakan akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Selain itu cakupan atau luas wilayah implementasi

kebijakan juga perlu diperhitungkan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang dilibatkan.

- d. Sikap/Kecendrungan (*disposition*) para pelaksana. Sikap penerimaan atau penolakan dari pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan.
- e. Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana. Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi dan begitu pula sebaliknya.
- f. Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik. Hal terakhir yang juga perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Karena itu lingkungan ekonomi, sosial, dan politik yang kondusif juga perlu diperhatikan dalam proses implementasi kebijakan.

Grindle (2018:214) menyatakan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar yaitu:

- a. Isi kebijakan (*content of policy*), variabel isi kebijakan mencakup sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau target groups termuat dalam isi kebijakan, jenis manfaat yang diterima oleh target group, sejauh mana perubahan yang diinginkan dari suatu kebijakan, apakah letak dari sebuah program sudah tepat, apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementasinya dengan rinci dan apakah sebuah program di dukung oleh sumber daya manusia.
- b. Lingkungan implementasi (*conteks of policy*), variabel lingkungan kebijakan mencakup seberapa besar kekuasaan, kepentingan, strategi yang dimiliki para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan, karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa dan Tingkat kepatuhan dan responsivitas sasaran.

Sedangkan menurut Mazmanian dan Sebastier (2015:87) terdapat tiga kelompok variabel yang berpengaruh terhadap implementasi suatu kebijakan yaitu:

- a. Karakteristik dari masalah (*tractability of the problem*). Kelompok variabel karakteristik masalah mencakup: a) tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan; b) tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran; c) proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi; dan d) cakupan perubahan perilaku yang diinginkan.
- b. Karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*). Kelompok variabel karakteristik

kebijakan/ undang-undang mencakup: a) kejelasan isi kebijakan; b) seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis; c) besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan tersebut; d) seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana; e) kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana; f) tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan; dan g) seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan.

- c. Variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*). Variabel lingkungan kebijakan mencakup a) kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi; b) dukungan publik terhadap sebuah kebijakan; c) sikap dari kelompok pemilih; dan d) tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementator.

Dalam kajian ini, implementasi mengacu pada kebijakan George C. Edward III. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak dapat mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik. Sementara itu, suatu kebijakan yang telah direncanakan dengan sangat baik mungkin juga akan mengalami

kegagalan, jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan (Winarno, 2018:177).

Model implementasi kebijakan publik yang berperspektif top down dikembangkan oleh Edward III. Pendekatan yang dikemukakan Edward III mempunyai empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Empat variabel tersebut dalam model yang dibangun oleh Edward III memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program atau kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Selain itu terdapat pula aplikasi konseptual dari model implementasi Edward III yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

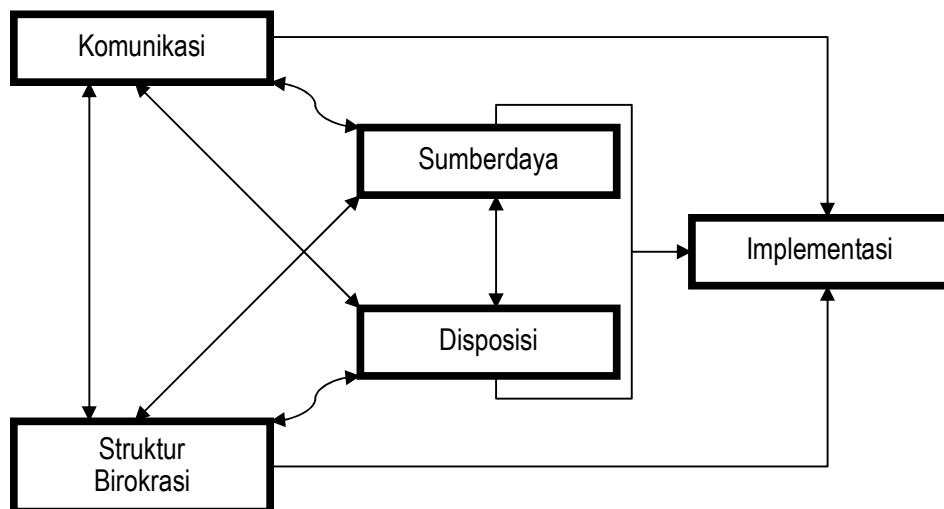
Tabel 1 Aplikasi Konseptual Model Edward III Perspektif Implementasi Kebijakan

Aspek	Ruang Lingkup
Komunikasi	a. Implementor dan kelompok sasaran dari program/kebijakan b. Sosialisasi program/kebijakan efektif dijalankan - Metode yang digunakan - Intensitas Komunikasi
Sumberdaya	a. Kemampuan Implementor - Tingkat pendidikan - Tingkat pemahaman terhadap tujuan dan sasaran serta aplikasi detail program - Kemampuan menyampaikan program dan mengarahkan b. Ketersediaan Dana - Dana yang dialokasikan - Prediksi kekuatan dana dan besaran biaya untuk implementasi program/kebijakan
Disposisi	Karakter Pelaksana a. Tingkat komitmen dan kejujuran dapat diukur dengan tingkat

	<p>konsistensi antara pelaksanaan kegiatan dengan standar yang telah ditetapkan. Semakin sesuai dengan standar semakin tinggi komitmennya.</p> <p>b. Tingkat demokratis dapat dengan intensitas pelaksana melakukan proses sharing dengan kelompok sasaran, mencari solusi dan masalah yang dihadapi dan melakukan diskresi yang berbeda dengan standar guna mencapai tujuan dan sasaran program.</p>
Struktur Birokrasi	<p>a. Ketersediaan SOP yang mudah dipahami</p> <p>b. Struktur organisasi, rentang kendali antara pucuk pimpinan dan bawahan dalam struktur organisasi pelaksana. Semakin jauh berarti semakin rumit, birokratis dan lambat untuk merespon perkembangan program.</p>

Sumber: Agustino (2017)

Menurut Edward III dalam Agustino (2017:149-150) terdapat empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan yaitu: komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.



Gambar 1
Model Pendekatan Direct and Indirect Impact on Implementation
 (George Edward III)

Penggunaan model sangat memberikan sumbangan yang sangat berarti dalam melakukan analisis mengenai proses implementasi kebijakan. Alasan peneliti menggunakan model implementasi Edward III dikarenakan model ini memiliki beberapa keunggulan antara lain sebagai model yang menawarkan kerangka berfikir untuk menjelaskan dan menganalisis proses implementai kebijakan dan karena itu, mengusulkan penjelasan bagi pencapaian dan kegagalan program (Winarno, 2018:125). Model ini menitikberatkan pada sikap, perilaku dan kinerja para pelaku didalam implementasi kebijakan.

Edward III (Subarsono, 2018:90-92) berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu:

- a. Komunikasi, yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (target group), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.
- b. Sumberdaya, meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan kegiatan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial.

- c. Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.
- d. Struktur birokrasi, struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah Standard Operating Procedure (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Menurut pandangan Edwards III (Winarno, 2018:181) sumber-sumber yang penting meliputi staff yang memadai serta keahlian-keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, wewenang dan fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk menerjemahkan usul-usul di atas kertas guna melaksanakan pelayanan-pelayanan publik.

Struktur birokrasi menurut Edwards III (Winarno, 2018:203) terdapat dua karakteristik utama, yakni Standard Operating Procedures

(SOP) dan Fragmentasi. SOP atau prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar berkembang sebagai tanggapan internal terhadap waktu yang terbatas dan sumber-sumber dari para pelaksana serta keinginan untuk keseragaman dalam bekerjanya organisasi-organisasi yang kompleks dan tersebar luas. Sedangkan fragmentasi berasal dari tekanan-tekanan diluar unit-unit birokrasi, seperti komite-komite legislatif, kelompok-kelompok kepentingan pejabat-pejabat eksekutif, konstitusi negara dan sifat kebijakan yang mempengaruhi organisasi birokrasi pemerintah.

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut. Rangkaian implementasi kebijakan dapat diamati dengan jelas yaitu dimulai dari program, ke proyek dan ke kegiatan. Model tersebut mengadaptasi mekanisme yang lazim dalam manajemen, khususnya manajemen sektor publik. Kebijakan diturunkan berupa program program yang kemudian diturunkan menjadi proyek-proyek, dan akhirnya berwujud pada kegiatan-kegiatan, baik yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat maupun kerjasama pemerintah dengan masyarakat.

4. Konsep Dana Alokasi Khusus (DAK)

Dana Alokasi Khusus (DAK) menurut Peraturan Pemerintah No. 55 Tahun 2005 yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu yang mempunyai kebutuhan khusus dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional. Pembiayaan kebutuhan khusus memerlukan dana pendamping dari penerimaan umum APBD sekurang-kurangnya 10% (sepuluh persen) sebagai komitmen dan tanggung jawab daerah dalam pembiayaan program-program yang merupakan kebutuhan khusus tersebut.

DAK dimaksudkan untuk membantu daerah dalam mendanai kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan masyarakat seperti pelayanan pendidikan, kesehatan dan infrastruktur masyarakat dalam rangka mendorong percepatan pembangunan daerah dan pencapaian sasaran prioritas nasional. DAK menurut Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 yaitu dana yang berasal dari APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk membantu membiayai kebutuhan tertentu. DAK dipergunakan untuk menutupi kesenjangan pelayanan publik antar daerah dengan memberikan prioritas pada bidang pendidikan, kesehatan, infrastruktur, kelautan dan perikanan, pertanian, prasarana pemerintah daerah, serta lingkungan hidup.

Darise (2018:72) mengemukakan bahwa DAK bertujuan untuk membantu membiayai kegiatan-kegiatan khusus di daerah tertentu

yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional, khususnya untuk membiayai kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan dasar masyarakat yang belum mencapai standar tertentu atau untuk mendorong percepatan pembangunan daerah. Pemerintah menetapkan kriteria DAK yang meliputi kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis. Kriteria umum ditetapkan dengan mempertimbangkan kemampuan Keuangan Daerah dalam APBD. Kriteria khusus ditetapkan dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan dan karakteristik Daerah. Kriteria teknis ditetapkan oleh kementerian Negara/departemen teknis.

DAK menurut Bahar (2019:156) adalah dana yang bersumber dari APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional, khususnya untuk membiayai kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan dasar masyarakat yang masih belum mencapai standar tertentu atau untuk mendorong percepatan pembangunan daerah. Yang dimaksud daerah tertentu adalah alokasi DAK. Dengan demikian tidak semua daerah mendapatkannya. Pemerintah menetapkan tiga kriteria bagi suatu daerah agar mendapatkan DAK, yaitu kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis.

Dalam upaya peningkatan transparansi dan objektivitas alokasi DAK kepada masing-masing daerah provinsi maupun kab/kota maka proses perhitungan terbagi atas:

- a. Tahap akademis, tahap ini merupakan tahap persiapan perhitungan alokasi DAK dimana pemerintah ditjen perimbangan keuangan mengundang beberapa wakil perguruan tinggi untuk mengevaluasi formula dan perhitungan DAK.
- b. Tahap teknis, tahap ini merupakan tahap perhitungan DAK dari pemerintah.
- c. Tahap administratif, tahap ini merupakan hasil perhitungan DAK yang diperoleh pada tahap teknis.
- d. Tahap politis, pemerintah bersama DPR membahas beberapa alternatif hasil simulasi perhitungan DAK yang dilakukan oleh pemerintah pada rapat panitia anggtran DPR RI.

DAK diatur dalam Pasal 1 angka 23 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Keuangan Pusat dan Keuangan Daerah, yang menyebutkan bahwa: "Dana Alokasi Khusus, selanjutnya disebut DAK adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional." DAK dialokasikan dalam APBN untuk daerah tertentu dalam rangka pendanaan desentralisasi untuk (1) membiayai kegiatan khusus yang

ditentukan Pemerintah Pusat atas dasar prioritas nasional dan (2) membiayai kegiatan khusus yang diusulkan daerah tertentu. Kebutuhan khusus yang dapat dibiayai oleh DAK adalah kebutuhan yang tidak dapat diperkirakan secara umum dengan menggunakan rumus DAU, dan kebutuhan yang merupakan komitmen atau prioritas nasional.

DAK ini diatur lebih lanjut dalam bentuk PP, Pemerintah telah mengeluarkan PP Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan. Pelaksanaan DAK sendiri diarahkan pada kegiatan investasi pembangunan, pengadaan, peningkatan, dan/atau perbaikan sarana dan prasarana fisik pelayanan masyarakat dengan umur ekonomis yang panjang, termasuk pengadaan sarana fisik penunjang, dan tidak termasuk penyertaan modal.

Kebijakan DAK dapat dibagi menjadi 4 kelompok besar yaitu (i) penetapan program dan kegiatan, (ii) penghitungan alokasi DAK, (iii) arah kegiatan dan penggunaan DAK, dan (iv) administrasi pengelolaan DAK. DAK merupakan salah satu mekanisme transfer keuangan Pemerintah Pusat ke daerah yang bertujuan antara lain untuk meningkatkan penyediaan sarana dan prasarana fisik daerah sesuai prioritas nasional serta mengurangi kesenjangan laju pertumbuhan antar daerah dan pelayanan antar bidang (Subekan, 2018:112). DAK memainkan peran penting dalam dinamika pembangunan sarana dan prasarana pelayanan dasar di daerah karena sesuai dengan prinsip

desentralisasi tanggung jawab dan akuntabilitas bagi penyediaan pelayanan dasar masyarakat telah dialihkan kepada pemerintah daerah (Ikhlas, 2016:266).

DAK merupakan dana yang dialokasikan dari APBN ke Daerah tertentu untuk mendanai kebutuhan khusus yang merupakan urusan daerah dan juga prioritas nasional antara lain: kebutuhan kesehatan masyarakat, kebutuhan beberapa jenis investasi atau prasarana, pembangunan kesehatan, dan lain-lain. Menurut peraturan perundang-undangan yang baru untuk daerah otonom, yaitu Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004, wilayah yang menerima DAK harus menyediakan dana pendamping paling tidak 10% dari DAK yang ditransfer ke wilayah, dan dana pendamping ini harus dianggarkan dalam anggaran daerah (APBD).

Meskipun demikian, wilayah dengan pengeluaran lebih besar dari penerimaan tidak perlu menyediakan dana pendamping. Tetapi perlu diketahui bahwa tidak semua daerah menerima DAK karena DAK bertujuan untuk pemerataan dan peningkatan kondisi infrastruktur fisik yang merupakan prioritas nasional. Menurut Departemen Keuangan kebijakan DAK untuk bidang kesehatan bertujuan untuk:

- a. Diprioritaskan untuk membantu daerah-daerah dengan kemampuan keuangan di bawah rata-rata nasional, dalam rangka mendanai kegiatan penyediaan sarana dan prasarana fisik pelayanan kesehatan dasar masyarakat yang telah merupakan urusan daerah.

- b. Menunjang percepatan pembangunan sarana dan prasarana di daerah pesisir dan pulau-pulau kecil, daerah perbatasan dengan negara lain, daerah tertinggal/terpencil.
- c. Mendorong peningkatan produktivitas perluasan kesempatan kerja dan diversifikasi ekonomi terutama di pedesaan, melalui kegiatan khusus di bidang kesehatan.
- d. Meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan dasar dan prasarana dasar melalui kegiatan khusus di bidang kesehatan.
- e. Menjaga dan meningkatkan kualitas hidup, serta mencegah kerusakan lingkungan hidup, dan mengurangi risiko bencana melalui kegiatan khusus dalam bidang lingkungan hidup, mempercepat penyediaan serta meningkatkan cakupan dan kehandalan pelayanan prasarana dan sarana dasar dalam satu kesatuan sistem yang terpadu melalui kegiatan khusus di bidang kesehatan.
- f. Meningkatkan keterpaduan dan sinkronisasi kegiatan yang didanai dari DAK dengan kegiatan yang didanai dari anggaran Kementerian/Lembaga dan kegiatan yang didanai dari APBD.
- g. Mengalihkan secara bertahap dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang digunakan untuk mendanai kegiatan-kegiatan yang telah menjadi urusan daerah ke DAK. Dana yang dialihkan berasal dari anggaran Departemen Kesehatan.

Adapun mekanisme pengalokasian DAK untuk bidang kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Kriteria pengalokasian DAK
 - 1) Kriteria umum, dirumuskan berdasarkan kemampuan keuangan daerah yang tercermin dari penerimaan umum APBD setelah dikurangi belanja PNSD.
 - 2) Kriteria khusus, dirumuskan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang mengatur penyelenggaraan otonomi khusus dan karakteristik daerah.
 - 3) Kriteria teknis, yang disusun berdasarkan indikator-indikator yang dapat menggambarkan kondisi sarana dan prasarana, serta pencapaian teknis pelaksanaan kegiatan DAK di daerah.
- b. Penghitungan alokasi DAK dilakukan melalui dua tahapan, yaitu:
 - 1) Penentuan daerah tertentu yang menerima DAK;
 - 2) Penentuan besaran alokasi DAK masing-masing daerah.
- c. Penentuan daerah tertentu harus memenuhi kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis.
- d. Besaran alokasi DAK masing-masing daerah ditentukan dengan perhitungan indeks berdasarkan kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis.
- e. Alokasi DAK per daerah ditetapkan dengan Peraturan Menteri Keuangan.

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa Dana Alokasi Khusus yang selanjutnya disebut DAK adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan ke daerah dengan tujuan untuk pemerataan dan peningkatan kondisi infrastruktur fisik yang merupakan prioritas nasional dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.

Implementasi kebijakan DAK di bidang kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 86 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020, yang mendefinisikan DAK Nonfisik Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan ke daerah untuk membiayai operasional kegiatan program prioritas nasional di bidang kesehatan yang menjadi urusan daerah guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di daerah. DAK yang dimaksud dalam hal ini meliputi bantuan operasional kesehatan (BOK), jaminan persalinan, akreditasi puskesmas serta pengawasan obat dan makanan.

DAK berupa BOK digunakan untuk meringankan beban masyarakat terhadap pembiayaan bidang kesehatan, khususnya pelayanan di Pusat Kesehatan Masyarakat, penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan malnutrisi. Upaya kesehatan masyarakat sebagai setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. DAK Nonfisik Bidang Kesehatan diberikan kepada daerah untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan nasional.

5. Penelitian Terdahulu

- a. Nuryatin Phaksy Sukowati, 2015. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis proses implementasi program jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin nonkuota (Jamkesda dan SPM) Kabupaten Blitar serta faktor-faktor pendukung dan penghambat dari proses implementasi program. Metode yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data dengan observasi, wawancara dan dokumentasi. Metode analisis data dengan Reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menemukan implementasi program Jaminan Kesehatan Maskin Nonkuota (SPM dan Jamkesda) telah terpenuhi namun masih ada kekurangan yang sering ditemukan. Komunikasi secara umum telah dijalankan dengan baik dan optimal menggunakan media visual maupun

audio-visual. Sumber daya manusia yang bertanggung jawab mengelola program Jamkesda dan SPM cukup memadai dan berkinerja baik, namun masih membutuhkan tambahan fasilitas medis. Selanjutnya disposisi, para pelaksana pengelola Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar telah dipilih dan diangkat sesuai dengan kemampuan dan dedikasi yang dimiliki dan dipertimbangkan secara selektif. Struktur birokrasi yang digunakan adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan serta sesuai Standard Operating Procedure (SOP) dan Standar Pelayanan Minimal di dalam Perbup No. 28 Tahun 2012 yang dapat diterapkan cukup baik oleh pelaksana kebijakan.

- b. Balgis, 2018. Analisis Proses Pelaksanaan Anggaran Dana BOK pada Dinas Kesehatan Kabupaten Buol. Penelitian menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Jenis dan sumber data dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi, wawancara dan dokumentasi. Teknik analisis data menggunakan pendekatan studi kasus. Gambaran proses pelaksanaan anggaran bantuan operasional kesehatan yaitu terdiri dari tiga tahap yaitu: tahap perencanaan, tahap proses pencairan, penyaluranan pertanggung jawaban dana, dan tahap pelaporan. Alternatif solusi dari penelitian ini adalah penyiapan sumber daya manusia yang mengelola anggaran, melalui pelatihan ataupun

kegiatan pengembangan kompetensi dalam pengelolaan keuangan daerah. Dan penyiapan regulasi yang sesuai dengan kebutuhan pengelola anggaran, baik regulasi dari pusat sampai pada regulasi ke daerah.

- c. Handry Mulyawan, 2012. Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan BOK di Dinas Kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengevaluasi peran dinas kesehatan dalam pelaksanaan kebijakan BOK di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong. Metode penelitian menggunakan rancangan kualitatif, dengan pendekatan studi kasus deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan Dinas Kesehatan Bantul dan Dinas Kesehatan Lebong telah melakukan fungsi manajemen yang meliputi; Planning, Organizing, dan Controlling secara baik, namun karena keterbatasan dan keterlambatan turunnya dana BOK maka dalam hal Actuating belum bisa berjalan sempurna, hal ini ditandai dengan sosialisasi dana BOK yang masih “menumpang” pada sosialisasi kegiatan-kegiatan yang di danai APBD. Dana BOK sebagai terobosan dari Kementerian Kesehatan dipandang positif dalam meningkatkan motivasi petugas dilapangan, namun secara cakupan program belum terlihat adanya peningkatan yang signifikan. Ada beragam pendapat mengenai mekanisme penyaluran dana BOK, namun secara umum Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul menginginkan bahwa kedepan BOK dikucurkan

dengan mekanisme DAK sedangkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lebong lebih cenderung untuk tetap mempertahankan pada mekanisme Tugas Pembantuan.

- d. Wahyuningsih, 2018. Implementasi Program Bantuan Operasional Kesehatan di Puskesmas Tanete, Bulukumba. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi mengenai implementasi dari proses pelaksanaan program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dilaksanakan di Puskesmas Tanete Kabupaten Bulukumba tahun 2017. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data menggunakan triangulasi metode dan sumber yaitu wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Sumber informan ditentukan secara purposive sampling dengan jumlah informan 5 orang. Berdasarkan 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.

- e. Karlina, 2017. Kontribusi DAK terhadap IPKM dalam Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Tapin dan Banjar. Dana Alokasi Khusus (DAK) yang dialokasikan Pemerintah untuk kegiatan khusus bidang kesehatan ditujukan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang merata, salah satunya untuk menunjang program peningkatan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian anak. Studi ini merupakan kajian, metode pengumpulan data berupa peraturan perundangundangan dan literatur lainnya berupa buku, jurnal ilmiah dan data kepustakaan lainnya. Data empiris diperoleh dengan konfirmasi data dan wawancara di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Hasil kajian menunjukkan bahwa alokasi DAK di Kabupaten Tapin dan Banjar sama-sama mengalami peningkatan di akhir tahun 2015. Berbeda dengan alokasi DAK di Kabupaten Tapin yang konsisten kenaikannya, alokasi DAK Kabupaten Banjar cenderung tidak konsisten. Jika dihubungkan dengan IPKM dalam tingkat nasional kedua kabupaten tersebut sama-sama mengalami penurunan ranking namun, penurunan yang cukup jauh dialami oleh Kabupaten Banjar. Peningkatan anggaran dan penambahan alokasi pada setiap tahun ternyata belum merubah pembangunan kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar.
- f. Ghea Harta Prayono, 2019. Implementasi Kebijakan Pengelolaan Dana Alokasi Khusus Akibat Erupsi Gunung Agung di Kabupaten Karangasem. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan

desain deskriptif, yaitu penelitian yang memberi gambaran secara cermat mengenai individu atau kelompok tertentu tentang keadaan dan gejala yang terjadi dengan informasi yang didapatkan dari sumber yang relevan dengan permasalahan yang diangkat. Obyek penelitian dilakukan di Organisasi Perangkat Daerah Pengelola DAK Fisik Tahun Anggaran 2017 pada Pemerintah Daerah Kabupaten Karangasem. Hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa Implementasi Kebijakan pengelolaan DAK Fisik di Pemerintah Daerah Kabupaten Karangasem Tahun Anggaran 2017 telah sesuai dengan 6 Variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, akan tetapi faktor eksternal yakni terjadinya Erupsi Gunung Agung menyebabkan implementasi kebijakan ini tidak dapat mencapai sasaran dan program tersebut dihentikan sementara hingga dicabutnya status bahaya Erupsi Gunung Agung.

B. Kerangka Konsep

Sebelum membuat kerangka konsep, terlebih dahulu dikembangkan kerangka teori. Kerangka teori dan kerangka konsep menggambarkan dasar-dasar teori dan konsep yang digunakan sebagai acuan awal dalam melakukan penelitian ini. Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini mengacu kepada teori manajemen, teori standar layanan, teori kebijakan, teori anggaran dan teori kepuasan. Semua teori ini diarahkan di bidang kesehatan.

Teori manajemen dari Goodrich (2019:22) menyatakan bahwa manajemen merupakan proses bagaimana organisasi bisa berjalan secara efektif dan efisien. Penerapan teori ini dijalankan oleh sekelompok manusia yang bekerjasama untuk mencapai tujuan yang biasanya dirintis oleh sekelompok eksekutif dan manajer yang bekerja untuk menciptakan efektivitas dan efisiensi organisasi dalam mencapai tujuannya. Termasuk dalam hal ini Dinas Kesehatan dalam menerapkan teori manajemen tidak terlepas dari pertimbangan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi dalam memberikan pelayanan.

Teori standar layanan dari Parasuraman (2014:118) pelayanan yang diberikan oleh provider harus sesuai dengan standar layanan dan terpublikasikan sebagai jaminan kepastian bagi penerima layanan. Wujud standar layanan yaitu pelayanan yang diharapkan lebih bagus dari mutu layanan yang diberikan. Ini berarti pihak manajemen Dinas Kesehatan dituntut mengelola standar kesehatan sesuai dengan harapan dan mutu.

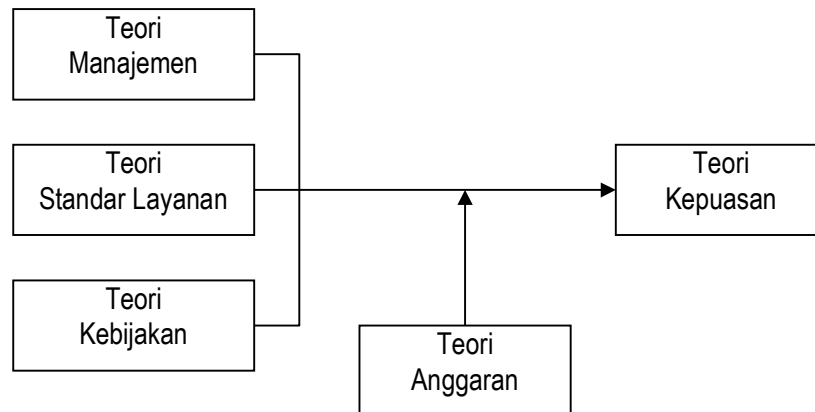
Atas dasar itu maka pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan harus membuat kebijakan. Teori kebijakan dari Thomas R. Dye dalam Lester dan Stewart (2019:93) "*is whatever governments choose to do or not to do*" (apapun juga yang dipilih pemerintah, apakah mengerjakan sesuatu atau tidak mengerjakan sesuatu). Pemerintah harus membuat kebijakan mengerjakan sesuatu atau tidak mengerjakan untuk memberikan solusi termasuk dalam hal ini solusi di bidang kesehatan

yang mana secara umum suatu organisasi sering diperhadapkan oleh masalah anggaran sebagai permasalahan ekonomi.

Teori anggaran berbasis kinerja (*performance basic budgeting*) dikemukakan oleh Bastian (2018:14) sistem penganggaran yang berorientasi pada output organisasi untuk meningkatkan pencapaian kinerja secara efisien dan efektif untuk dipertanggungjawabkan kemanfaatannya. Teori ini mengantarkan setiap organisasi untuk membutuhkan anggaran sesuai dengan besarnya alokasi anggaran yang dikenakan. Termasuk dalam hal ini penggunaan dana alokasi anggaran umum maupun khusus. Bagi pihak Dinas Kesehatan, dana pengalokasian khusus perlu diterapkan untuk mewujudkan kepuasan di bidang kesehatan.

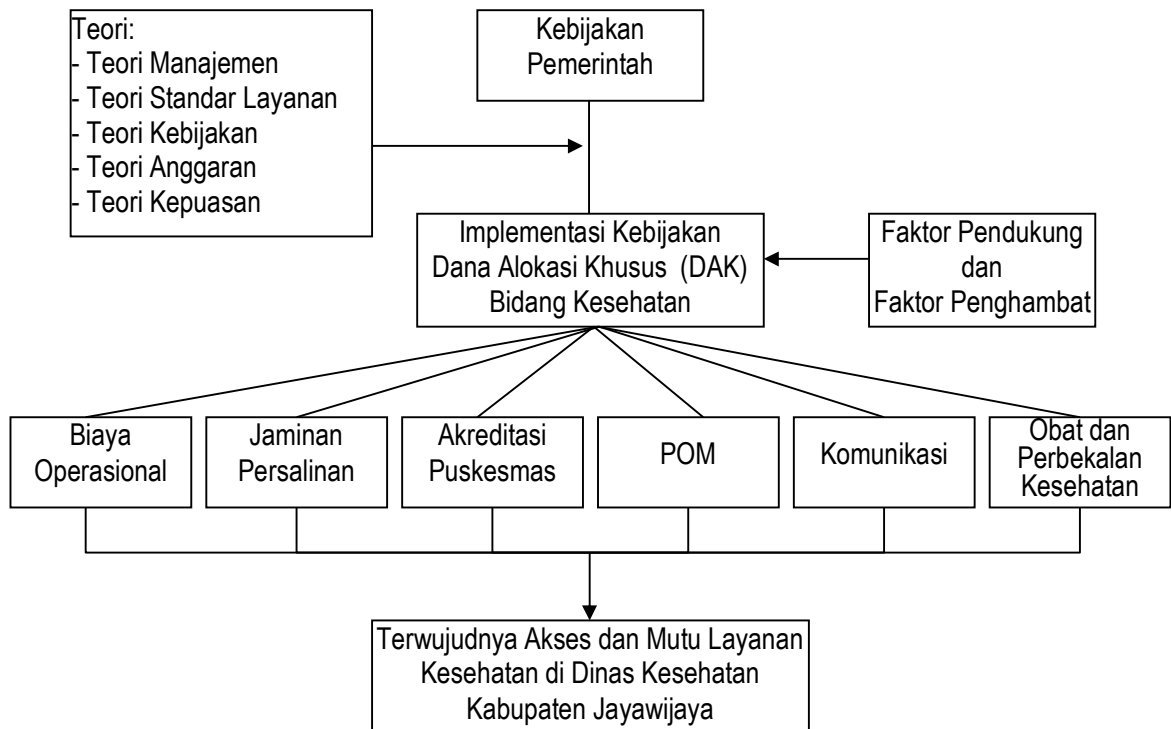
Teori kepuasan Herzberg dalam Mamik (2017:94) dikenal dengan teori dua faktor biasa disebut teori motivator – hygiene, yang pada dasarnya setiap orang merasa puas tergantung pada motivasinya dalam bekerja dan jaminan terhadap pekerjaan yang dihadapinya. Kepuasan sebagai bagian dari tujuan Dinas Kesehatan dalam memberikan pelayanan terbaik kepada publik untuk memanfaatkan dan menggunakan dana alokasi khusus dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan teori di atas, maka digambarkan kerangka kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2
Kerangka Teori

Selanjutnya kerangka konsep penelitian berfokus kepada kebijakan pemerintah dalam hal penerapan implementasi kebijakan DAK di bidang kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan penggunaan biaya operasional, jaminan bersalin, akreditasi puskesmas, POM, komunikasi serta obat dan perbekalan kesehatan, sehingga teori yang diangkat dalam kerangka konsep mengacu pada teori anggaran untuk menganalisis implementasi kebijakan DAK ini tidak terlepas dari faktor penentu baik yang bersifat mendukung maupun menghambat untuk mewujudkan akses dan mutu layanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Lebih jelas ditunjukkan kerangka konsep di bawah ini:



Gambar 3
Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, berikut definisi konseptual:

1. Kebijakan pemerintah adalah keputusan yang dibuat secara sistematis oleh pemerintah dengan maksud dan tujuan tertentu yang menyangkut kepentingan umum, dalam hal ini bidang kesehatan.
2. Implementasi kebijakan DAK bidang kesehatan adalah pelaksanaan alokasi dana khusus yang bersumber dari APBN untuk mengalokasikan kepada daerah tertentu yang mempunyai kebutuhan khusus dengan tujuan membantu mendanai kegiatan khusus yang menjadi urusan daerah sesuai prioritas nasional di bidang kesehatan.

- a. Biaya operasional berupa alokasi dana bantuan operasional kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dan untuk Puskesmas yang bersifat promotif dan preventif.
 - b. Jaminan persalinan yaitu alokasi dana untuk memberikan rujukan persalinan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten, melakukan pertolongan persalinan, keluarga berencana, perawatan bayi baru lahir serta sewa dan operasional rumah tunggu kelahiran.
 - c. Akreditasi Puskesmas yaitu alokasi dana untuk akreditasi yang diberikan kepada Puskesmas untuk memberikan pelayanan maksimal di bidang kesehatan kepada masyarakat.
 - d. POM yaitu alokasi dana untuk pengawasan obat dan makanan.
 - e. Komunikasi yaitu alokasi dana untuk kelancaran komunikasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam mengalokasikan anggaran di bidang kesehatan.
 - f. Pengadaan Obat dan perbekalan kesehatan yaitu alokasi dana untuk pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit.
3. Terwujudnya akses dan mutu layanan kesehatan adalah terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan masyarakat yang mendorong percepatan pembangunan daerah dan pencapaian sasaran prioritas nasional di bidang pelayanan kesehatan.

4. Faktor pendukung dan penghambat adalah faktor yang menjadi penentu dari implementasi kebijakan DAK di Dinas Kesehatan berupa faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah case study. Pendekatan studi kasus adalah studi mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian ini dibatasi waktu dan tempat, dan kasus yang dipelajari berupa program, peristiwa, aktivitas, atau individu (Bungin, 2007).

Penelitian kualitatif bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang sifatnya umum terhadap kenyataan sosial dari perspektif partisipan. Pemahaman tersebut tidak ditentukan terlebih dahulu tetapi didapat setelah melakukan analisis terhadap kenyataan sosial yang menjadi fokus penelitian. Berdasarkan analisis tersebut, kemudian ditarik kesimpulan berupa pemahaman umum yang sifatnya abstrak tentang kenyataan-kenyataan (Sukidin, 2002).

B. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Provinsi Papua, tepatnya pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Lokasi penelitian ini dipilih dengan pertimbangan peneliti bertugas di instansi tersebut yang memudahkan peneliti memperoleh data penelitian baik bersifat data