



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KEBIJAKAN ALOKASI ANGGARAN DINAS
KESEHATAN KABUPATEN BATANGHARI YANG
BERSUMBER DARI APBD TAHUN 2007**

OLEH:

Y. RETNO UTAMI

NPM: 0606021060

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KEBIJAKAN ALOKASI ANGGARAN DINAS
KESEHATAN KABUPATEN BATANGHARI YANG
BERSUMBER DARI APBD TAHUN 2007**

OLEH:

Y. RETNO UTAMI

NPM: 0606021060

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

2008

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
Tesis, 20 Juni 2008**

Y. Retno Utami

**Analisis Kebijakan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari
yang Bersumber dari APBD Tahun 2007**

xiii + 172 halaman, 14 tabel, 10 gambar, 12 lampiran

ABSTRAK

Pembangunan di bidang kesehatan terlihat belum merupakan prioritas utama dalam pembangunan daerah Kabupaten Batanghari, hal ini dapat diketahui dari rendahnya alokasi pembiayaan bidang kesehatan dalam APBD Kabupaten Batanghari Tahun 2006 sebesar 6,50 % dan tahun 2007 sebesar 6,22 % dari total APBD, dan merupakan urutan ke lima dalam alokasi anggaran sedangkan dalam dokumen perencanaan prioritas nomor dua dalam pembangunan daerah. Hal ini menunjukkan masih kurangnya kesadaran para pejabat (*aktor/stakeholders*) yang terlibat dalam penentuan alokasi anggaran kesehatan akan pentingnya arti pembangunan bidang kesehatan sedangkan masalah-masalah kesehatan di Kabupaten Batanghari masih sangat kompleks terlihat dari rendahnya indikator derajat kesehatan masyarakat.

Tujuan dalam penelitian ini adalah diketahuinya tahapan proses penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan serta faktor-faktor yang mempengaruhi menetapkan alokasi anggaran bidang kesehatan yang bersumber dari APBD Kabupaten Batanghari. Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan atau menguraikan tahapan proses penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan dalam APBD dan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa proses penyusunan dan penetapan APBD di Kabupaten Batanghari, proses perencanaan yang bersifat politik, teknokratik dan

top-down lebih besar pengaruhnya dibanding proses partisipatif dan *bottom-up*. Faktor-faktor aktor yang mempengaruhi adalah peran, komitmen, kekuatan/kekuasaan dan kepentingan. Tugas pokok dan fungsi para aktor dalam proses penyusunan anggaran ini kemudian merupakan dasar untuk mengetahui kekuatan dan kekuasaan dari aktor dalam mempengaruhi kebijakan alokasi anggaran kesehatan. Para aktor yang terlibat ini kemudian dikelompokkan menjadi 3 kriteria, yakni sebagai penanggung jawab/ketua, sebagai anggota tim yang mengkoordinasikan, merumuskan dan mengevaluasi usulan kegiatan/program serta sebagai penyusun perencanaan dan menyampaikan usulan rencana.

Komitmen para aktor yang terlibat dalam proses penyusunan anggaran terhadap sektor masih rendah. Para aktor memiliki kepentingan dalam pembangunan kesehatan karena pembangunan kesehatan memiliki keterkaitan yang erat dimana keberhasilan pembangunan kesehatan adalah juga merupakan keberhasilan program pembangunan lainnya.

Diharapkan nantinya dalam pelaksanaan proses penyusunan anggaran pembangunan kesehatan oleh dinas kesehatan selalu memperhatikan kaidah-kaidah penyusunan perencanaan yang baik, perlunya peningkatan kualitas dan kuantitas para petugas perencanaan. Mengingat besarnya pengaruh para aktor dalam menentukan kebijakan alokasi biaya pembangunan kesehatan dalam APBD, maka perlu dilakukan advokasi secara intensif dan berkelanjutan kepada para aktor serta melakukan koordinasi yang baik dengan unit instansi yang terkait.

Mengingat APBD adalah merupakan penjabaran dari upaya-upaya program pembangunan yang sarannya adalah kesejahteraan rakyat, untuk itu dalam penyusunan anggaran agar selalu melibatkan unsur dari masyarakat. Pembangunan kesehatan adalah hak azasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa, untuk itu diharapkan Pemerintah Daerah memberi porsi yang lebih besar untuk pendanaan bidang kesehatan dalam APBD.

Daftar Pustaka : 57 (1979-2007)

**STUDY OF PUBLIC HEALTH SCIENCE PROGRAM
HEALTH ADMINISTRATION AND POLICY
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
UNIVERSITY OF INDONESIA
Thesis, June 20, 2008**

Y. Retno Utami

**Policy Analysis of the Budget Allocation Health Development from Allocation
Regional Budget Batanghari Regency in 2007**

xiii + 172 Pages, 14 Tables, 10 Charts, 12 Enclosures

ABSTRACT

Development in the health field seems not to be the first priority in Batanghari Regency Development. It can be seen from the low budget allocation for the health field in Regional Budget of Batanghari Regency in 2006 6,50%, 2007 6,22% of Regional Budget. This is an indicator of low awareness of stakeholders on the importance of health sector, whereas health problems in Batanghari Regency are still complicated because of low quality of health service.

The objective of this research is to know the process stages of making planning and development budgeting in the health field and any factor that influence stakeholders to decide budget allocation for health field in Regional Budget of Batanghari Regency. This research uses qualitative method design. This method objective is to describe or to explain the process stages of making planning and development budgeting in the health field in Regional Budget of Batanghari Regency and any influencing factors.

In this research found that the process stages of making planning and development budgeting in the health field in Regional Budget of Batanghari Regency do not yet meet standardized rules. Stakeholders who involved in making planning and development budgeting in the health in Regional Budget of Batanghari Regency are still dominated by the government (local government). The main task of function of stakeholders in making and development budgeting in the health field can be classified into three groups.

The understanding about health of stakeholders who involved in making planning and budgeting is still general; stakeholders in the health field because health development has interweave relation, that is the success of health field is the success of other fields as well; most of the stakeholders point of view in the health field are neutral. They said that health building is the priority, but in other side, they said that other fields out of health field also became the priority.

Hopefully, in the coming future in making planning and development budgeting in the health field always consider standardized rules, quality and quantity improvement of planning makers, supporting of fund, facility, and means to support planning implementation. Because of the strong influence of stakeholders in deciding budget allocation for health development in Regional Budget, intensive and survival advocate is quite necessary for stakeholders and good coordination with other related institutions.

Regional Budgets is the breakdown of development planning and social welfare is the target. For that reason, in making planning and budgeting should involve society. Health development is as human rights and investment for the success of development. Thus, local government should allocation more budget for the health in Regional Budget.

Reference: 57 (1979-2007)

UNIVERSITAS INDONESIA



**ANALISIS KEBIJAKAN ALOKASI ANGGARAN DINAS
KESEHATAN KABUPATEN BATANGHARI YANG
BERSUMBER DARI APBD
TAHUN 2007**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh :
Y. RETNO UTAMI
NPM : 0606021060**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul


**ANALISIS KEBIJAKAN ALOKASI ANGGARAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BATANGHARI YANG BERSUMBER DARI APBD
TAHUN 2007**

**Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas
Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.**

Depok, 20 Juni 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

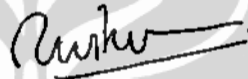


(drh. Wiku B. Adisasmito, MSc, Ph D)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

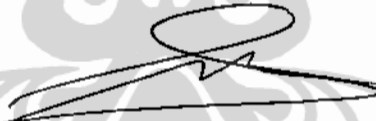
Depok, 20 Juni 2008

Ketua

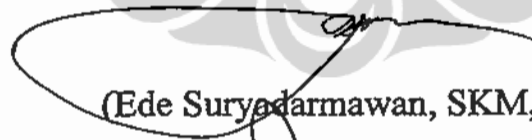


(drh. Wiku B. Adisasmito, MSc, PhD)

Anggota



(Drg. Wahyu Sulistiadi, MARS)



(Ede Suryodarmawan, SKM, MDM)



(Rina Fitriani Bahar, SKM, Mkes)



(Dr. dr. Trihono, Mkes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama : Y. Retno Utami
NPM : 0606021060
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis Kebijakan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari yang Bersumber dari APBD Tahun 2007

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 20 Juni 2008

Y. Retno Utami

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Y. Retno Utami
Tempat/Tanggal Lahir : Palembang, 4 April 1967
Agama : Islam
Alamat : Jl. M. Taher No. 28 Rt. 04 Rw. 01
Kelurahan Rengas Condong, Kecamatan
Muarabulian, Kabupaten Batanghari
Propinsi Jambi. Telp 0743-21430

A. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Xaverius IV Palembang Tahun 1980
2. SMP Negeri XIII Palembang Tahun 1983
3. SMA Negeri 2 Palembang Tahun 1986
4. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Tahun 1993
5. Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKMUI 2006-sekarang

B. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Kepala Puskesmas Pasar Terusan Kab. Batanghari 1994-1996
2. Tenaga Penggerak Masyarakat Proyek KKG ADB Loan 1998-2000
3. Kepala Seksi Pelayanan Medik RSUD Muarabulian 2002-2007
4. Dokter Umum RSUD Muarabulian 2007-sekarang.

KATA PENGANTAR

Dengan Nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, segala puji dan syukur kehadirat ALLAH SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, hidayah dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul "Analisis Kebijakan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari yang Bersumber dari APBD Tahun 2007".

Selama dalam proses penyusunan tesis ini penulis banyak sekali mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan yang baik ini izinkan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya dengan rasa yang setulus-tulusnya kepada :

1. Bapak drh. Wiku B. Adisasmito, MSc, PhD, selaku Pembimbing dalam penyusunan tesis ini, yang penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis
2. Ibu Dr. dr. Kusharisupeni, MSc selaku ketua program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM-UI.
3. Bapak dr. H. Husny E. Taufik, SpRad selaku Kepala RSUD HAMBIA Muarabulian Kabupaten Batanghari yang telah memberikan izin penulis untuk mengikuti pendidikan di FKM-UI ini.
4. Bapak drg. Wahyu Sulistiadi, MARS, bapak Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, bapak Dr. dr. Trihono, Mkes, dan Ibu Rina Fitriani Bahar, SKM, MKes, selaku anggota tim penguji tesis ini yang telah bersedia untuk memberikan masukan, kritikan dan saran demi perbaikan tesis ini.

5. Bapak/Ibu staf pengajar (dosen) dan Staf Administrasi di lingkungan jajaran FKM-UI yang telah memberikan bimbingan akademik dan menyediakan fasilitas pendidikan selama penulis mengikuti proses pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Ibu "Hj. Soekartini" dan Bapak "H. Yasmin", Emak "Hj. Maimunah" dan Ayah "H. A. Roni " yang teramat kucintai dan kusayangi, adik-adikku, keponakanku dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan dan semangat penulis untuk menggapai cita-cita yang setinggi-tingginya.
7. Suamiku tersayang "Dasuki Rahmat, SE" dan Anakku buah Hatiku,"Siti Lia Rahmatika", "M. Kevin Wiratama Rahmat", "Farel Adinata Rahmat", dimana begitu besarnya pengorbanan, dukungan, pengertian dan memberikan semangat penulis selama proses pendidikan ini.
8. Seluruh informan yang telah memberikan bantuan data, informasi yang sangat penting bagi penulis dalam proses penelitian ini.
9. Mahasiswa peserta Program Pascasarjana FKM-UI Angkatan 2006 MKD-AKK, Eni, Nira , Januarizal, Subur, Viki, Ridwan, Saudi, Heri, Pak Joni, dan Irya, rekan-rekan Kespro, Gizi, Epid dan Epid Kesling, serta tak lupa "Mbak Lilis" (Asisten Pak Wiku), "Mbak Atik" (Staf Dept AKK), "Mbak Tutik" (Staf PS-IKM UI), yang banyak memberikan bantuan dan dorongan sehingga dapat diselesaikannya proses pendidikan ini.
10. Dan semua pihak yang telah membarntu dalam proses pendidikan ini.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kepada mahluk-Nya yang paling baik, yakni Muhammad Saw, yang diutus-Nya untuk menyempurnakan akhlak manusia hingga menjadi akhlak yang mulia dan agar supaya mensucikan jiwa manusia.

Terima kasih kepada semua yang terlibat dalam proses penelitian ini serta proses pendidikan yang telah penulis jalani, yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu dalam tesis ini. Atas semua sumbangsih yang telah diberikan kepada penulis, semoga Allah SWT memberikan balasan atas budi baik yang telah diberikan, Amin ya robbal alamin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik, saran dan masukan demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini meskipun sedikit dapat bermanfaat dan dapat dipetik dari tesis ini untuk keberhasilan program pembangunan kesehatan khususnya di Kabupaten Batanghari dan di Kabupaten/Kota lain pada umumnya.

Depok, 20 Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan	11
1.4.1. Tujuan Umum	11
1.4.2. Tujuan Khusus	11
1.5. Manfaat Penelitian	12
1.5.1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari	12
1.5.2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari	12
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Kebijakan	13
2.1.1. Pengertian Kebijakan	13

2.1.2. Analisis Kebijakan	16
2.1.3. Analisis Stakeholder.....	21
2.1.4. Unsur Kebijakan	25
2.1.5. Sistim dan Proses Pembentukan Kebijakan.....	26
2.2. Perencanaan.....	30
2.2.1. Pengertian Perencanaan	30
2.2.2. Langkah-langkah Perencanaan	33
2.2.3. Unsur Rencana.....	34
2.3. Advokasi.....	36
2.3.1. Pengertian Advokasi	36
2.3.1. Prinsip-prinsip Advokasi	37
2.3.2. Tujuan Advokasi.....	39
2.4. Pembiayaan Kesehatan	40
2.4.1. Batasan Pembiayaan Kesehatan	40
2.4.2. Konsep dan Klasifikasi Pembiayaan Kesehatan	43
2.4.3. Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	45
2.4.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan	47
2.4.5. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan	51
2.5. Otonomi Daerah	
2.5.1. Pengertian Otonomi Daerah.....	57
2.5.2. Kewenangan Daerah.....	58
2.5.3. Pencanaan Pembangunan Daerah	59

2.5.4. Proses Penyusunan dan Penetapan APBD	61
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	71
3.1. Kerangka Konsep	71
3.2. Definisi Istilah	76
BAB 4. METODE PENELITIAN	81
4.1. Desain Penelitian	81
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	81
4.3. Sumber Informasi	82
4.3.1. Prinsip Pemilihan Informan	82
4.3.2. Informan Terpilih	82
4.4. Instrumen Penelitian	83
4.5. Teknik Pengumpulan Data	84
4.6. Teknik Analisa Data	85
4.6.1. Pengolahan Data	85
4.6.2. Validasi Data	86
4.6.3. Penyajian Data	87
BAB 5. HASIL PENELITIAN	88
5.1. Keterbatasan Penelitian	88
5.2. Gambaran Umum Kabupaten Batanghari	89
5.3. Gambaran Umum Informan	91
5.4. Hasil Penelitian	92
5.4.1. Proses Penyusunan Anggaran.....	92

5.4.2. Aktor yang terlibat Dalam Proses Penyusunan Anggaran	102
5.4.3. Peran Aktor Dalam Proses Penyusunan Anggaran	103
5.4.4. Komitmen	108
5.4.5. Kemampuan Perencanaan	111
5.4.6. Kemampuan Advokasi	112
5.4.7. Kepentingan	114
5.4.8. Kebijakan Daerah (Visi dan Misi Kabupaten), Prioritas Pembangunan Daerah	116
5.4.9. Kemampuan Keuangan Daerah (PAD)	118
5.4.10. Dana Luar PAD	119
5.4.11. Pemanfaatan Anggaran Pada Dinas Kesehatan	121
BAB 6. PEMBAHASAN	127
6.1. Proses Penyusunan Anggaran Dan Kemampuan Perencanaan	127
6.2. Kemampuan Advokasi	136
6.3. Undang-undang Otonomi Daerah, Kebijakan Daerah (Visi dan Misi) Dan Kemampuan Keuangan Daerah (PAD)	140
6.4. Dana Luar PAD	145
6.5. Prioritas Pembangunan dan Pemanfaatan Anggaran Kesehatan	148
6.6. Peran, Kekuatan/Kekuasaan	155
6.7. Komitmen	157

6.8. Kepentingan	161
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	165
7.1. Kesimpulan	165
7.2. Saran	167
7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan	167
7.2.2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari	168
DAFTAR PUSTAKA	169
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel.1.1. Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan bersumber APBD Kabupaten dibandingkan total APBD Kabupaten Batanghari Tahun 2006-2007	7
Tabel.5.1. Karakteristik Informan Penelitian dalam Proses Penyusunan Anggaran	92
Tabel.5.2. Rincian Alokasi Dana Perbidang Untuk Belanja Langsung Pembangunan dalam APBD Kab. Batanghari Tahun 2007.....	102
Tabel.5.3. Matrik Aktor yang Terlibat Dalam Proses Penyusunan Anggaran.....	103
Tabel.5.4. Tugas Pokok dan Fungsi Aktor yang terlibat dalam Proses Penyusunan Anggaran.....	104
Tabel.5.5. Kekuatan dan kekuasaan Aktor dalam Proses Penyusunan Anggaran	107
Tabel.5.6. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Kelompok Belanja	122
Tabel.5.7 Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Jenis Belanja pada kelompok Belanja Langsung.....	122
Tabel.5.8. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Jenis Biaya.....	123
Tabel.5.9. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Jenis Kegiatan/Program.....	124
Tabel.5.10. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Bidang Program.....	124
Tabel.5.11. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Bidang Program dan Bukan Program.....	125
Tabel.5.12. Anggaran Dinas Kesehatan berdasarkan Fungsi Pelayanan.....	125
Tabel.5.13. Pencapaian Indikator Kabupaten Batanghari Tahun 2007.....	126

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. <i>Policy Analysis Triangle</i>	18
Gambar 2.2. Sistem.....	27
Gambar 2.3. Bagan Sistem dan Proses Pembentukan Kebijakan.....	28
Gambar 2.4. Pembagian Sistem Kesehatan.....	41
Gambar 2.5. Sumber-sumber Pembiayaan Daerah.....	51
Gambar 2.6. Alur Perencanaan dan Penganggaran.....	63
Gambar 2.7. Jadwal Penyelenggaraan Musrenbang.....	64
Gambar 2.8. Proses Penyusunan APBD.....	70
Gambar 3.1. Kerangka Pikir.....	73
Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	75

DAFTAR SINGKATAN

AFP	: <i>Accute Flacid Paralysis</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKABA	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKPER	: Akademi Perawat
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BAPPEDA	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bapenas	: Badan Perencana Pembangunan Nasional
BPD	: Badan Perwakilan Desa
BPN	: Badan Perencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
BLN	: Bantuan Luar Negeri
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
CWSHP	: <i>Community Water Services Health Project</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAS	: Daerah Aliran Sungai
DAU	: Dana Alokasi Umum
DHA	: <i>District Health Account</i>
DPA	: Dokumen Pelaksanaan Anggaran
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
FK-UGM	: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada
Gakin	: Keluarga Miskin
GDP	: <i>Gross Domestic Product</i>
Golkar	: Golongan Karya
HDI	: <i>Human Development Index</i>
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
JPSBK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
KUA	: Kebijakan Umum Anggaran
Kabid	: Kepala Bidang
Kasubag	: Kepala Sub-Bagian
KK	: Kepala Keluarga
KWSPM	: Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal
LPJ	: Laporan Pertanggung Jawaban
LPP	: Laju Pertumbuhan Penduduk
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
LTD	: Lembaga Teknis Daerah
MUSRENBANG	: Musyawarah Perencanaan Pembangunan
ORMAS	: Organisasi Kemasyarakatan
PAD	: Pendapatan Asli Daerah

PAN	: Partai Amanat Nasional
PBR	: Partai Bintang Reformasi
PDI-P	: Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan
PDB	: Produk Domestik Bruto
PERDA	: Peraturan Daerah
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PP	: Peraturan Pemerintah
PPP	: Partai Persatuan Pembangunan
PPAS	: Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara
PPA	: Prioritas dan Plafon Anggaran
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PKEK	: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan
PKB	: Partai Kebangkitan Bangsa
PMD	: Pemberdayaan Masyarakat Desa
PERMENDAGRI	: Peraturan Menteri Dalam Negeri
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
P2MPL	: Pemberantasan dan Penanggulangan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
RASK	: Rencana Anggaran Satuan Kerja
RENSTRA	: Rencana Strategis
RKA	: Rencana Kerja dan Anggaran
RENSTRA SKPD	: Rencana Strategi Satuan Kerja Perangkat Daerah
RENJA	: Rencana Kerja
RKA SKPD	: Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah
RKPD	: Rencana Kerja Pembangunan Daerah
RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJP	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Daerah
SOPD	: Struktur Organisasi Perangkat Daerah
SPK	: Sekolah perawat Kesehatan
TAPD	: Tim Anggaran Pemerintah Daerah
TUPOKSI	: Tugas Pokok dan Fungsi
UCI	: <i>Universal Child Immunization</i>
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UNDP	: <i>United Nation Development Project</i>
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UU	: Undang-Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Wawancara Mendalam
2. Pedoman Wawancara Mendalam Kepala Bappeda/Kabidlitbang Bappeda
3. Pedoman Wawancara Mendalam Dinas Kesehatan.
4. Pedoman Wawancara Mendalam Kabag Keuangan /Kabag Pembangunan
5. Pedoman Wawancara Mendalam Tim Anggaran Legislatif.
6. Ringkasan APBD Kabupaten Batanghari Tahun Anggaran 2007.
7. Tabel Ringkasan APBD Kabupaten Batanghari Tahun Anggaran 2007.
8. Perkembangan DAK non DR Kabupaten Batanghari Tahun 2006-2007
9. Ringkasan APBD Menurut Urusan Pemerintahan dan Organisasi
10. Rincian APBD Dinas Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan/Program
11. SK Pembentukan Tim Anggaran Pemerintah Daerah Kab. Batanghari Tahun 2007
12. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan pembangunan nasional umumnya dan pembangunan suatu daerah kabupaten khususnya. Bertitik tolak dari kesadaran dan keyakinan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dimana masyarakat adalah penggerak atau pelaku dari pembangunan tersebut. Kesehatan adalah merupakan investasi dan tanggung jawab bersama yang merupakan salah satu sektor strategis yang perlu mendapatkan perhatian semua pihak secara sungguh-sungguh.

Pembangunan kesehatan adalah proses yang terus menerus dan progresif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dengan diberlakukannya Amandemen I-IV UU Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, tujuan negara sudah semakin jelas dimana secara eksplisit menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat yang harus tersedia merata. Konsekuensinya daerah-daerah harus mengalokasikan pendanaan yang lebih besar terhadap sektor kesehatan. Pendanaan sektor kesehatan merupakan kunci utama dalam suatu sistem kesehatan di berbagai negara (Thabrany H, 2005).

Tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia dirumuskan dalam Visi Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Terciptanya masyarakat Indonesia seperti ini ditandai oleh penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan

untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Indonesia (Depkes RI, 2005).

Selama tiga dekade pembangunan kesehatan di Indonesia telah banyak mengalami kemajuan yang cukup pesat yang ditandai dengan perbaikan derajat kesehatan penduduk Indonesia, namun demikian status kesehatan penduduk Indonesia masih tertinggal dibandingkan dengan status kesehatan negara-negara tetangga ASEAN. Dari laporan WHO tahun 2000 disebutkan bahwa pada tahun 1998 angka kematian bayi di Indonesia adalah 48 per 1000 kelahiran hidup, dibandingkan dengan Malaysia hanya 11 per 1000 kelahiran hidup, Thailand 29 per 1000 kelahiran hidup dan Philipina 36 per 1000 kelahiran hidup (Adisasmito W, 2007).

Masih rendahnya derajat kesehatan penduduk Indonesia sangatlah berhubungan erat dengan rendahnya biaya kesehatan per kapita yang hanya naik US\$ 17 tahun 1995 menjadi US\$ 19 tahun 2000. Menurut nilai tukar dolar internasional pada tahun 2000 besarnya biaya kesehatan per kapita untuk Indonesia, Cina, Vietnam dan Thailand berturut-turut adalah I\$ 84, 205, 129 dan 237. Data ini menunjukkan investasi Indonesia di bidang kesehatan masih rendah dibandingkan dengan beberapa negara Asia lainnya. Rendahnya biaya kesehatan per kapita ini menyebabkan kualitas penduduk Indonesia menjadi rendah. Hal ini tercermin dari hasil pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI)*, dimana menurut UNDP nilai HDI Indonesia adalah 0,658 (tahun 2002) dan Indonesia berada pada peringkat 102 di antara 190 negara di dunia dan pada tahun 2003 turun menjadi urutan 112 (Adisasmito W, 2007).

Pada tahun 1999 dikeluarkan Undang Undang (UU) No 22 tentang Pemerintahan Daerah yaitu mengenai pelimpahan wewenang ke daerah Kabupaten/kota (desentralisasi) yang kemudian direvisi menjadi UU No 32 Tahun 2004 dan UU No 25 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah yang juga direvisi menjadi UU No 33 Tahun 2004.

Dengan adanya kebijakan otonomi daerah ini tidak semua daerah mampu menerapkannya, hal ini kemudian berdampak terhadap menurunnya alokasi anggaran untuk bidang kesehatan. Dari data *Health World Report 2000* disebutkan bahwa total pembiayaan kesehatan Indonesia pada tahun 1997 adalah US\$ 21 per kapita per tahun, dan setelah berlakunya UU Otonomi Daerah pada tahun 2003 menunjukkan bahwa rata-rata pembiayaan kesehatan di Indonesia berkisar US\$ 12 sampai US\$ 18 per kapita per tahun (Gani, 2002).

Menurut Laporan WHO Tahun 2000 negara-negara tetangga Indonesia mengalokasikan pembiayaan kesehatan berkisar antara 3% sampai 5,7% dari *Gross Domestic Brutto (GDP)*. Malaysia 3%, Philipina 3,6%, Thailand 3,9%, Singapura 3,6% dan Brunei 5,7% sedangkan Indonesia adalah 2,5% setara dengan US\$12 perkapita pertahun. Dari 2,5% GDP tersebut 70% - 75% adalah pembiayaan oleh swasta dan masyarakat atau setara US\$8 sampai US\$9 perkapita pertahun dan pembiayaan dari pemerintah hanya 25% - 30% setara dengan US\$3 sampai US\$4 perkapita pertahun (Adisasmito W, 2007). Menurut anjuran WHO pengeluaran untuk kesehatan agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat paling sedikit 5% sampai 6% dan untuk mencapai derajat kesehatan yang ideal perlu pembiayaan 15% sampai 20% dari PDB (WHO, 2002).

Rendahnya alokasi dana untuk kesehatan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor; (1) pemerintah tidak memiliki uang, (2) kesehatan oleh sementara aparat pemerintah dianggap sebagai sektor konsumtif, (3) penentu kebijakan melihat kesehatan sebagai *dependen variable*, yang diasumsikan akan membaik kalau kehidupan ekonomi membaik, (4) penentu kebijakan tidak yakin bahwa anggaran yang telah disediakan dipergunakan dengan baik, (5) profesional kesehatan tidak mampu melakukan advokasi untuk meyakinkan penentu kebijakan, khususnya kebijakan alokasi anggaran (Gani A, 2002). Dari sini dapat disimpulkan bahwa negara kita belum mempunyai komitmen yang tinggi pada sektor kesehatan dan belum memandang sepenuhnya bahwa kesehatan adalah investasi.

Dengan diberlakukannya undang-undang desentralisasi dan belum mengakarnya cara pandang bahwa kesehatan adalah investasi diantara *stakeholders* di daerah, menyebabkan munculnya kekhawatiran bahwa sektor kesehatan akan terabaikan. Kekhawatiran ini dijawab dengan membangun komitmen yang kuat dari pimpinan daerah kabupaten/kota yang diinisiasi oleh Menteri Kesehatan pada bulan Juli tahun 2000 dan hasilnya adalah bahwa para bupati/walikota se-Indonesia memberi komitmen biaya kesehatan sebesar 15% dari total APBD kabupaten/kota. Namun faktanya secara umum dapat disimpulkan bahwa sampai saat ini daerah mengalokasikan anggaran untuk kesehatan kurang dari 15% dari APBD mereka. Pada tahun 2001 dilakukan evaluasi, dari 22 kabupaten yang didata ternyata hanya berkisar 0,9 % - 13,2% anggaran kesehatan dari total APBD mereka (Soewondo P, 2003).

Anggaran kesehatan di beberapa kabupaten/kota di Indonesia sebagian besar belum sesuai dengan hasil kesepakatan Bupati/Walikota. Sebagai perbandingan dapat

disebutkan bahwa anggaran kesehatan di Kota Depok selama periode tahun 2000, 2001, 2002 adalah 1,07%, 3,36%, dan 4,3% dari total APBD (Volini N.2003). Di Bukit Tinggi tahun 2002 1,07% dan tahun 2003 adalah 1,16% dari total APBD (Dasmauli S., 2004). Di Lampung Selatan pada tahun 2003 10,07% (Irwansyah, 2003). Di Lombok Barat pada tahun 2001 adalah 3,64% sedangkan Lombok Timur adalah 3,27% dari total APBD (Ristrini dkk, 2002). Di Kalimantan Selatan dan Kalimantan Tengah adalah 9% dari total APBD, sedangkan Propinsi Jambi 4,32% (Ronny TA, 2002). Di Kabupaten Sukabumi 4,72% anggaran kesehatan tahun 2004 (Dharmawan, TW, 2004), di Kabupaten Pontianak 8,26% (Harmana, T, 2006) dan di Kabupaten Muaro Jambi yang merupakan tetangga Kabupaten Batanghari anggaran kesehatannya 5,18% dari total APBD (Hadiawan, 2006).

Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa besarnya pembiayaan kesehatan dalam era otonomi daerah tergantung pada daerah, dalam hal ini ditentukan oleh para pejabat (*aktor/stakeholder*) yang terdiri dari para pejabat di pemerintahan daerah dan anggota dewan legislatif (DPRD) yang mempunyai tanggung jawab dan wewenang dalam menentukan/menetapkan kebijakan anggaran pembangunan di daerah termasuk anggaran kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan dinas kesehatan agar dapat menyusun suatu perencanaan dan menetapkan prioritas program kesehatan, serta memiliki kemampuan advokasi kepada pemerintah daerah dan lembaga legislatif dalam upaya mendapatkan *political commitment* peningkatan alokasi anggaran bidang kesehatan (Budiarto W, 2003).

Anggaran kesehatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) merupakan salah satu bentuk kebijakan publik (kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah) yang dalam penyusunan dan penetapannya dipengaruhi

oleh faktor-faktor yaitu; faktor aktor/*stakeholder* (individu maupun organisasi) yang memiliki peran, kekuatan/kekuasaan, kepentingan, pemahaman dan komitmen yang berbeda-beda dalam hal pembangunan bidang kesehatan di daerah; faktor konteks yaitu antara lain UU otonomi daerah (UU No. 32 tahun 2004) yang menetapkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan kewenangan wajib pemerintah daerah (pasal 14) dan DPRD yang memiliki fungsi legislasi, anggaran/ *budgetting* dan pengawasan (pasal 41); dan faktor proses yaitu proses penyusunan dan penetapan anggaran yang dimulai dari di dinas kesehatan dan proses di luar dinas kesehatan (di masyarakat, pemerintah daerah dan legislatif) yang merupakan proses politik yang banyak dipengaruhi oleh kepentingan-kepentingan politik para aktor yang terlibat di dalamnya. (Walt, 2005).

Proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan yang dilaksanakan di daerah merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) sebagaimana diatur dalam UU No 25 tahun 2004. Proses perencanaan pembangunan yang dilaksanakan di Indonesia sekarang adalah merupakan gabungan dari proses perencanaan yang bersifat politik, teknokratik, partisipatif serta proses *bottom-up* dan *top-down*.

Proses perencanaan dan penganggaran pembangunan di daerah yang melibatkan masyarakat yaitu dalam suatu forum musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang), ini merupakan proses perencanaan yang bersifat partisipatif dan *bottom-up*, selain itu pemerintah daerah membuat perencanaan pembangunan untuk lima tahun dalam bentuk Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) untuk satu tahun

yang merupakan perencanaan yang bersifat perencanaan politik, teknokratik dan *top-down*.

Alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari bersumber APBD pada tahun 2006 adalah sebesar Rp.23.049.782.018,00 dengan total APBD sebesar Rp. 354.454.219.177 (6,50 %), pada tahun 2007 alokasi anggaran dinas kesehatan adalah sebesar Rp.26.716.419.258,00 dengan total APBD pada tahun 2007 adalah Rp. 429.291.406.382,99 (6,22%), berarti terjadi penurunan alokasi anggaran.

Tabel 1.1.
Realisasi Anggaran Dinas Kesehatan Bersumber APBD
Kabupaten Dibandingkan Total APBD Kabupaten Batanghari
tahun 2006-2007

Uraian	2006	2007
Alokasi anggaran kesehatan (Rp)	23.049.782.018	26.716.419.250
Total APBD (Rp)	354.454.219.177	429.291.406.382
% total APBD	6,50	6,22

Sumber: Bagian Keuangan, Kabupaten Batanghari.

Anggaran tersebut di atas adalah total anggaran anggaran yang terdiri dari belanja langsung dan belanja tak langsung. Belanja tak langsung adalah biaya yang dikeluarkan untuk gaji/tunjangan pegawai. Belanja langsung adalah biaya yang dikeluarkan untuk belanja pegawai (honorarium), belanja barang dan jasa dan belanja modal/investasi.

Untuk belanja langsung adalah sebesar Rp.13.210.900.700,00, dan belanja tak langsung sebesar Rp.13.505.518.558,00. Total APBD untuk belanja langsung adalah sebesar Rp.245.796.111.384,99. Jadi persentase alokasi anggaran dinas

kesehatan untuk belanja langsung adalah 5,37% dari total APBD untuk belanja langsung.

Di dalam RPJM Kabupaten Batanghari tahun 2006-2011 disebutkan bahwa untuk mewujudkan Visi Kabupaten Batanghari yaitu: " Masyarakat Kabupaten Batanghari yang Maju, Adil dan Sejahtera Berlandaskan Ketaqwaan ", dilakukan dengan melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan urutan ke dua dalam prioritas pembangunan yang akan dilaksanakan di Kabupaten Batanghari. Tetapi pada kenyataannya di dalam APBD Kabupaten Batanghari Tahun 2007 alokasi anggaran kesehatan, yang merupakan salah satu urusan wajib, hanya menempati urutan ke lima bahkan bidang pertanian yang merupakan urusan pilihan memperoleh alokasi anggaran yang lebih besar dan menempati urutan ke empat.

Alokasi anggaran kesehatan di Kabupaten Batanghari pada tahun 2007 belum sesuai dengan komitmen yang ada dalam dokumen perencanaan pembangunan di Kabupaten Batanghari , tetapi faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran kesehatan dan pemanfaatan anggaran kesehatan yang bersumber APBD tahun 2007 serta program kesehatan apa yang menjadi prioritas pembiayaan masih belum diketahui.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah disampaikan tersebut maka dapat dirumuskan suatu permasalahan yaitu belum diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran dinas kesehatan yang masih rendah dalam APBD dan belum sesuai

dengan komitmen yang ada dalam dokumen perencanaan pembangunan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk menganalisis kebijakan alokasi anggaran dinas kesehatan di Kabupaten Batanghari tahun 2007 dan menganalisis pemanfaatan anggaran dinas kesehatan yang bersumber dari APBD tahun 2007. Tujuannya untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran di dinas kesehatan, bagaimana proses perencanaan anggaran itu dilakukan, dan mengetahui pemanfaatan anggaran dinas kesehatan Kabupaten Batanghari yang bersumber dari APBD tahun 2007.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Dari rumusan masalah tersebut di atas maka dalam penelitian ini untuk menganalisis kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang telah diberikan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari, dilakukan dengan pendekatan atau analisis kebijakan dengan *Policy analysis triangle* (Walt dan Gilson, 1994 dalam Walt , 2005), yaitu suatu analisis yang sistematis dengan mengumpulkan dan menganalisa informasi kualitatif untuk mengetahui faktor-faktor dari *context*, *actors* dan *process* dari *content* (isi) kebijakan alokasi anggaran Dinas Kesehatan Tahun 2007 yaitu :

1. Bagaimana dan landasan hukum apa yang menjadi pedoman proses penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan dalam APBD di Kabupaten Batanghari?
2. Siapa saja yang terlibat dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran APBD yang dialokasikan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari?

3. Bagaimana pengaruh dari faktor-faktor aktor yaitu peran (berhubungan dengan tugas, pokok dan fungsi), komitmen, kemampuan perencanaan, kemampuan advokasi, kepentingan dan kekuatan/kekuasaan yang dimiliki dari para aktor baik dari instansi pengusul (Dinas Kesehatan), Tim Anggaran Eksekutif maupun Panitia Anggaran Legislatif terhadap alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari pada tahun 2007?
4. Bagaimana pengaruh dari faktor-faktor konteks (*context*), yaitu UU Otonomi Daerah (Hak *Budgetting* DPRD), Visi dan Misi kabupaten, prioritas pembangunan daerah, kemampuan keuangan daerah (PAD), dana lain selain PAD, terhadap alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari yang bersumber APBD kabupaten pada tahun 2007 ?
5. Bagaimana pemanfaatan dana yang telah diperoleh dialokasikan kepada bidang-bidang kegiatan/program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari pada Tahun 2007?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Penelitian ini adalah suatu analisis kebijakan yang dilakukan untuk mengetahui apa saja faktor-faktor yang berpengaruh terhadap alokasi anggaran dinas kesehatan dan mengetahui pemanfaatan anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.

1.4.2. Tujuan Khusus.

1. Diketahui landasan hukum yang menjadi pedoman dalam proses penyusunan dan penetapan APBD .
2. Diketuainya pengaruh dari faktor proses penyusunan perencanaan dan penganggaran terhadap alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.
3. Diketuainya pengaruh dari para aktor yang terlibat dalam penetapan alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.
4. Diketuainya pengaruh peran (tupoksi), komitmen, kemampuan perencanaan, kemampuan advokasi, kepentingan dan kekuatan/kekuasaan dari para aktor yang terlibat dalam penetapan alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.
5. Diketuainya pengaruh dari faktor konteks terhadap kebijakan penetapan alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.
6. Diketuainya pemanfaatan dana yang diperoleh untuk pembiayaan kegiatan/program yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat bagi Pemerintah Kabupaten Batanghari

Dengan penelitian ini diharapkan Pemerintah Kabupaten Batanghari mendapatkan informasi yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pengambil keputusan khususnya keputusan dalam pembiayaan pembangunan kesehatan.

1.5.2. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari

Penelitian ini dilakukan dengan harapan dapat membantu Dinas kesehatan Kabupaten Batanghari dalam rangka pengevaluasian kinerja dan untuk melaksanakan advokasi tentang pembangunan kesehatan kepada Pemerintah Kabupaten Batanghari termasuk kepada pihak legislatif (DPRD). Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi dalam rangka perbaikan perencanaan penganggaran pada dinas kesehatan untuk tahun-tahun mendatang.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Kegiatan penelitian ini direncanakan dilakukan selama lebih kurang satu bulan yaitu pada awal bulan Maret sampai awal bulan April 2008. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara mendalam untuk mengumpulkan data primer untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang dilakukan pada wilayah kabupaten Batanghari yang meliputi pihak eksekutif dan legislatif terkait yaitu pada Dinas Kesehatan, Bappeda, Sekretariat Pemda (Bagian Keuangan dan Bagian Pembangunan), Anggota Tim Anggaran Eksekutif, Ketua DPRD atau anggota Komisi C (Panitia Anggaran), dan menggunakan dokumen-dokumen pendukung sebagai data sekunder untuk mendapatkan gambaran pemanfaatan anggaran kesehatan yang bersumber APBD kabupaten pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kebijakan

2.1.1. Pengertian Kebijakan

Kebijakan sering diartikan sebagai suatu keputusan yang dibuat oleh penentu kebijakan di dalam suatu lingkungan kebijakan misal, bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Pembuat kebijakan adalah orang yang membuat kebijakan (Walt, 2005).

Dari kamus besar Bahasa Indonesia, kebijakan berarti “rangkaiian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi dan sebagainya), pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip atau maksud sebagai garis haluan”.

Kebijakan dapat dipergunakan secara luas misal dalam : kebijakan luar negeri Indonesia, kebijakan ekonomi Jepang, kebijakan pertanian di negara-negara berkembang, atau negara-negara dunia ketiga. Dapat pula digunakan lebih khusus misal kebijakan pemerintah tentang debirokratisasi dan deregulasi atau depopulasi unggas. Istilah kebijakan (*policy term*) digunakan dalam praktek sehari-hari namun digunakan untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang sangat berbeda dan sering ditukar dengan tujuan (*goals*), program, keputusan (*decissions*), standar, proposal, *grand design* (Jones O Charles, 1984). Jadi secara umum “*policy*” dipergunakan untuk menunjuk perilaku seorang aktor (misal seorang pejabat, suatu kelompok, suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu (Walt, 2005).

Kebijakan dapat dibuat dalam sektor *private* (swasta), maupun *public* (pemerintah). Kebijakan publik adalah kebijakan yang berhubungan dengan kebijakan pemerintah. Kebijakan-kebijakan tersebut dapat kita temukan dalam bidang kesejahteraan sosial (*social welfare*), bidang kesehatan, perumahan rakyat, pembangunan ekonomi, dan pendidikan, dan sebagainya. Kebijakan kesehatan meliputi kebijakan pemerintah dan swasta dalam bidang kesehatan. Kebijakan kesehatan mencakup semua kegiatan yang berdampak kepada instansi, organisasi, pelayanan dan perencanaan anggaran dari sistem kesehatan (Walt, 2005).

Kebijakan publik pada dasarnya meliputi seluruh keputusan politik yang secara tertulis, berwujud sebagai undang-undang, peraturan-peraturan dan keputusan-keputusan negara yang menyangkut kehidupan rakyat. Keputusan-keputusan tersebut dapat berupa keputusan pemerintah pada aras terbawah yakni desa, sampai ke aras yang lebih tinggi (kabupaten, nasional, bahkan internasional).

Banyak literatur yang menjelaskan pengertian kebijakan publik, menurut James Anderson (2000) mendefinisikan : "*a relative stable purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with problem or matter of concern*" (kebijakan merupakan arah tindakan yang mempunyai maksud yang ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan).

Batasan lain yang diberikan oleh Thomas R. Dye (2001), "*public policy is what ever governments choose to do or not to do*". (kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan).

Sementara itu, Amir Santoso (1993) dengan mengkomparasi berbagai definisi yang dikemukakan oleh para ahli, menyimpulkan bahwa pada dasarnya pandangan

mengenai kebijakan publik dapat dibagi dua katagori. Pertama, pendapat ahli yang menyamakan kebijakan publik dengan tindakan-tindakan pemerintah. Para ahli dalam kelompok ini cenderung menganggap bahwa semua tindakan pemerintah dapat disebut sebagai kebijakan publik. Pandangan kedua menurut Amir Santoso (1993) berangkat dari para ahli yang memberikan perhatian khusus pada pelaksanaan kebijakan. Mereka memandang kebijakan publik sebagai keputusan-keputusan pemerintah yang mempunyai tujuan dan maksud-maksud tertentu dan mereka melihat kebijakan publik dalam tiga lingkungan yakni perumusan kebijakan, pelaksanaan kebijakan dan penilaian.

Dengan kata lain secara ringkas kebijakan publik dapat dipandang sebagai proses perumusan, implementasi dan evaluasi kebijakan. Ini berarti kebijakan publik adalah serangkaian intruksi dari para pembuat keputusan kepada pelaksana kebijakan yang menjelaskan tujuan-tujuan dan cara-cara untuk mencapai tujuan tersebut (Winarno B, 2005).

Kebijakan publik diartikan sebagai kebijakan yang diputuskan oleh pemerintah. Siapakah pemerintah itu dan kenapa pemerintah sebagai pemegang hak atas kebijakan publik?. Menurut UUD 1945 pada pembukaannya di alinea pertama disebutkan. “ atas berkat rahmat Allah yang Maha Kuasakemudian dari pada itu, untuk membentuk suatu pemerintahan Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia”). Jadi, yang membuat kebijakan publik adalah pemerintah negara. Di tingkat nasional adalah seluruh lembaga negara, yaitu lembaga legislatif (MPR, DPR), eksekutif (presiden, kabinet). Yudikatif (MA, Peradilan), di tingkat daerah adalah pemerintah daerah kabupaten/kota dan DPRD (Winarno B, 2005).

Secara sederhana kebijakan publik dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu : yang bersifat makro atau umum, atau mendasar yaitu menurut UU No 10 tahun 2004 pasal 7 yang mengatur jenis dan hirarki peraturan perundang-undangan dengan urutan : UUD RI tahun 1945, Undang-Undang atau Peraturan Pemerintah pengganti Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, dan Peraturan Daerah. Yang bersifat meso atau menengah, atau penjabar pelaksanaan, dapat berbentuk Peraturan Menteri, Surat Edaran Menteri, Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati, dan Peraturan Walikota. Dan yang bersifat mikro adalah kebijakan yang mengatur pelaksanaan atau implementasi dari kebijakan di atasnya bentuk kebijakannya adalah peraturan yang dikeluarkan oleh aparat publik dibawah Menteri, Gubernur, Bupati/Walikota. Berdasarkan cara penetapannya APBD merupakan suatu kebijakan publik karena dibentuk oleh Kepala Daerah bersama dengan DPRD (pasal 25 huruf d UU No 32 Tahun 2004).

2.1.2. Analisis Kebijakan

Kebijakan publik secara garis besar mencakup tahap-tahap perumusan masalah kebijakan dan evaluasi kebijakan. Analisis kebijakan berhubungan dengan penyelidikan dan deskripsi sebab-sebab dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan. Dalam analisis kebijakan kita dapat menganalisis pembentukan, substansi dan dampak dari kebijakan-kebijakan tertentu, seperti siapakah yang diuntungkan, siapa aktor-aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan, dan apa dampak dari kebijakan tersebut (Nugroho, 2006).

Analisis kebijakan dilakukan dalam rangka mengembangkan teori-teori umum yang dapat diandalkan tentang kebijakan dan pembentukannya, sehingga

dapat diterapkan terhadap lembaga-lembaga dan bidang-bidang kebijakan yang berbeda (Winarno B, 2005).

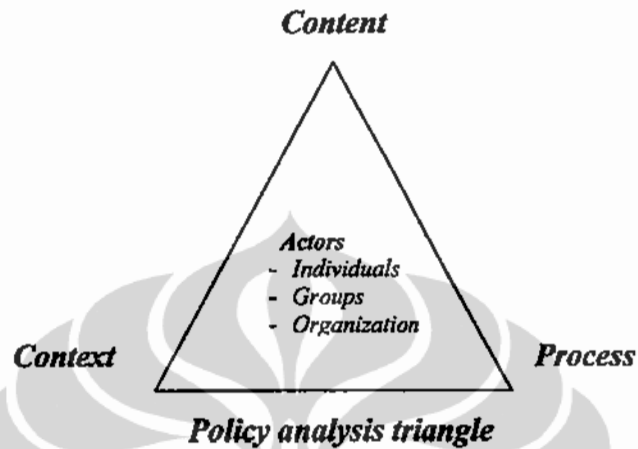
Analisis kebijakan merupakan kegiatan pokok dalam perumusan kebijakan karena memberikan pijakan awal mengapa sebuah kebijakan harus dibuat.

Kondisi analisis kebijakan selama ini masih banyak permasalahan yang dihadapi, antara lain adalah :

1. Kebijakan yang diambil oleh pimpinan selama ini kurang berdasar pada data atau hasil suatu analisis masalah yang ada.
2. Demikian juga hasil analisis yang telah dilaksanakan, hanya sedikit yang dijadikan sebagai bahan pengambilan keputusan.
3. Kebijakan yang telah ditentukan, tidak pernah dianalisis lagi, dengan kata lain tidak pernah dievaluasi. Kebijakan ditinjau kembali apabila sudah ada kasus, reaksi masyarakat yang tiak setuju, akibat samping kebijakan dan sebagainya.
4. Setiap unit dalam suatu organisasi misal dinas kesehatan, melaksanakan analisis terhadap program-program yang hanya terkait dengan unitnya saja dan hasilnya hanya diketahui dan dipakai untuk kebijakan di lingkungannya sendiri, bukan untuk kebijakan yang lebih luas misal kebijakan daerah atau bahkan nasional.

Walt dan Gilson (1994) dalam Walt (2005) menggambarkan hubungan antara isi (*content*) suatu kebijakan dengan konteks, proses dan aktor dalam bentuk segitiga, yang dapat digunakan agar dapat menganalisis suatu kebijakan secara sistematis, dimana kita dapat mengetahui bagaimana hubungan yang saling berkaitan dari ke empat faktor tersebut.

Gambar 2.1



Sumber : Walt and Gilson (1994) dalam Walt (2005).

Konteks (*context*) berkaitan dengan faktor sistematis yang akan berdampak terhadap kebijakan kesehatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi perumusan kebijakan kesehatan yang dimaksud adalah kondisi/nilai politik, sosial dan ekonomi. Banyak ahli yang melaporkan faktor-faktor tersebut salah satu yang digunakan adalah menurut Liechter (1979) dalam Walt (2005), yaitu : faktor situasional, faktor struktural, faktor kultural, dan faktor internasional atau eksogen .

Faktor situasional adalah kondisi sementara, tidak mantap atau keadaan-keadaan yang tidak biasa/istimewa misal perang, bencana alam, yang mempunyai dampak pada kebijakan kesehatan.

Faktor struktural adalah kondisi sosial yang relatif tidak berubah, didalamnya termasuk sistem politik dari suatu negara sistem ekonomi dan sistem ketenagakerjaan. Faktor lain adalah keadaan demografi dan kemajuan iptek. Tingkat kesejahteraan masyarakat/negara juga merupakan faktor yang sangat menentukan dalam kebijakan pembiayaan bidang kesehatan.

Faktor kultural atau sosial budaya yang berlaku dalam suatu negara, dan juga faktor agama/keyakinan. Sebagai contoh orang yang mempunyai kedudukan tinggi atau orang yang dihormati akan mudah mempengaruhi suatu kebijakan, masyarakat minoritas (dalam agama, suku/ras) akan lebih sulit mempengaruhi kebijakan kesehatan.

Faktor internasional atau eksogen yang akan mempengaruhi suatu kebijakan kesehatan suatu negara. Ada kebijakan kesehatan yang hanya mencangkup suatu negara, ada yang harus melibatkan negara lain contoh eradikasi polio yang merupakan program/kebijakan yang harus dilaksanakan semua negara sebagaimana ajuran dari WHO karena apabila ada anak yang tidak diimunisasi yang pergi ke negara lain akan memindahkan virus tersebut.

Kebijakan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari politik. Dalam penerapan epidemiologi, ekonomi, biologi dan bidang lain dalam kehidupan terdapat pengaruh politik. Tidak seorang pun dapat terhindar dari politik. Sebagai contoh ilmuwan yang akan melakukan penelitian harus menyesuaikan dengan kepentingan dari penyandang dana dari pada hal-hal yang sebenarnya ingin dia teliti, contoh lain seorang dokter dalam meresepkan obat, harus mempertimbangkan para *detailer* obat yang menawarkan jenis-jenis obat dan beberapa keuntungan yang didapat dengan menuliskan resep dengan obat tersebut (Walt, 2005).

Dalam rangka mengetahui keterlibatan politik terhadap kebijakan kesehatan kita tidak saja hanya melihat isi dari suatu kebijakan. Dalam banyak buku, isi/maksud kebijakan adalah segala sesuatu yang harus dikerjakan, strategi untuk mencapai tujuan. Sebagai contoh, dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan, kebijakan yang harus diambil apakah yang akan diserahkan ke pihak swasta, apakah

cleaning service atau bank darah? Jadi bukan hanya pertanyaan “*what*” tapi juga “*who*” dan “*how*” yaitu siapa yang membuat kebijakan, siapa yang melaksanakan, dalam kondisi bagaimana akan dilaksanakan. Dengan kata lain kebijakan tak dapat dipisahkan dengan politik dari penentu kebijakan (Walt, 2005).

Sebagaimana dalam gambar, aktor terletak di tengah segitiga, dalam kebijakan kesehatan aktor dapat berarti seorang/individu organisasi atau pemerintah/negara. Harus diperhatikan bahwa individu tak dapat dipisahkan dari organisasi tempat dia bekerja dan organisasi atau kelompok terdiri dari orang-orang yang beraneka ragam kepentingan dan tujuannya (Walt, 2005).

Pembahasan mengenai siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan dapat dilihat misalnya dalam tulisan James Anderson (1979), Charles Lindblom (1980) maupun James L Ester dan Joseph Stewart (2000) dalam Winarno B (2005). Aktor-aktor atau pemeran serta dalam proses pembuatan kebijakan dapat dibagi dalam dua kelompok, yakni para pemeran resmi adalah pejabat pemerintah (birokrat), presiden (eksekutif), legislatif dan yudikatif, sedangkan yang termasuk dalam kelompok pemeran tidak resmi meliputi kelompok-kelompok kepentingan, partai politik, dan warga negara individu, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan sebagainya.

Para pemeran tidak resmi adalah kelompok yang ikut berpartisipasi di dalam proses pembuatan kebijakan. Dikatakan tidak resmi karena meskipun mereka terlibat aktif didalam perumusan kebijakan, akan tetapi mereka tidak mempunyai kewenangan yang sah untuk membuat keputusan yang mengikat (Winarno B, 2005).

Wewenang adalah salah satu bentuk kekuasaan. Terutama wewenang formal adalah kekuasaan sah. Tetapi kita seringkali menggunakan istilah itu secara lebih

luas ketika berbicara mengenai jenis kekuasaan yang lain. Kalau kita mengatakan bahwa seseorang “mempunyai wewenang” di suatu bidang tertentu, kita bermaksud mengatakan bahwa dia banyak mengetahui mengenai subyek tersebut dan oleh karena itu mempunyai kekuasaan (Stoner, James AF, 1995).

Wewenang formal adalah tipe kekuasaan yang kita hubungkan dengan struktur organisasi dan manajemen. Wewenang menunjukkan bahwa wewenang berasal dari tingkat yang tinggi dan kemudian secara hukum diteruskan ke bawah melalui tingkat demi tingkat (Stoner, James AF, 1995).

2.1.3. Analisis Aktor (*Stakeholder*)

Untuk dapat memahami pengaruh dari aktor-aktor (*stakeholders*) terhadap proses perumusan suatu kebijakan dilakukan analisis *stakeholder* yaitu, mengidentifikasi siapakah aktor yang terlibat, menilai sumber daya politik dari si aktor, memahami kepentingannya dan kepentingannya terhadap *issue* yang dihadapi. Dalam indentifikasi *stakeholder* dilakukan analisis apakah ada aktor yang relevan terhadap kebijakan yaitu diuntungkan atau dirugikan dengan kebijakan tersebut, dan apakah ada aktor yang mempunyai keinginan menghalangi adanya kebijakan tersebut dan komitmen atau tingkat keperdulian si aktor terhadap kebijakan tersebut (Barker, C, 1996).

Dalam memahami pengaruh aktor terhadap perumusan kebijakan berarti harus memahami tentang kekuatan (*power*) dari aktor yang terlibat, yaitu tingkat kesejahteraan aktor (kemampuan keuangan), kematangan pribadi, kecakapan dalam bidang tertentu atau otoritas, dan juga tergantung pada organisasi atau kedudukan si aktor dalam pekerjaannya, apakah sebagai pemimpin atau bukan (Walt, 2005).

Identifikasi kekuatan aktor berkenaan pula dengan sumber daya yang dapat diukur (*tangible*) dan sumberdaya yang tidak dapat diukur (*intangibile*). Yang termasuk sumber daya politik *tangible* yaitu, hak suara, dana/anggaran, infrastruktur dan keanggotaan. Sumber daya politik *intangibile* yaitu, keahlian, legitimasi, akses pada media, akses pada pembuat kebijakan politik (Walt, 2005).

Analisis *Stakeholder* adalah suatu proses yang secara sistematis mengumpulkan dan menganalisis informasi kualitatif untuk mengetahui kepentingan siapa saja yang harus dipertimbangkan ketika menyusun/mengembangkan atau melaksanakan suatu kebijakan atau program. Analisis *stakeholder* merujuk pada suatu rangkaian teknik untuk melakukan pemetaan atau untuk memahami kekuasaan, jabatan dan perspektif para aktor yang memiliki kepentingan dan atau yang kemungkinan terpengaruh oleh suatu perubahan kebijakan tertentu (Walt, 2005)

Stakeholder dalam suatu proses adalah para aktor (individu atau organisasi) dengan kepentingan pribadi atau golongan (*vested interest*) terhadap kebijakan yang sedang disusun. Para aktor ini biasanya dikelompokkan dalam ; badan internasional atau donor, politisi domestik (anggota dewan, gubernur), penyelenggara pemerintahan (Depkes, Depkeu), organisasi profesi (IDI, PPNI, IBI, Serikat Pekerja), organisasi masyarakat (LSM, Yayasan, baik profit maupun non profit).

Karakteristik aktor yang dianalisis adalah ; pemahaman terhadap kebijakan, kepentingan yang terkait dengan kebijakan, posisi yang mendukung atau menentang kebijakan, aliansi potensial dengan aktor lain dan kemampuan mempengaruhi proses kebijakan (melalui kekuatan/kekuasaan atau kepemimpinan).

Langkah-langkah kegiatan dalam proses analisis *stakeholder* adalah ; menetapkan kebijakan yang memerlukan analisis *stakeholder*, mengidentifikasi aktor

kunci (*key stakeholder*), kesepakatan tentang pendekatan dan instrumen analisis, mengumpulkan dan mencatat informasi, membuat tabel daftar *stakeholder*, menganalisa tabel *stakeholder* dan menggunakan informasi yang diperoleh (DFID, 2002).

Dalam analisis *stakeholder* langkah pertama adalah menetapkan kebijakan apa yang perlu dilakukan analisis dan tujuan dari perubahan kebijakan yang akan dianalisis. Kemudian melakukan identifikasi semua aktor atau kelompok-kelompok kepentingan yang berhubungan dengan tujuan, proyek, masalah atau *issue*. Para aktor dapat berupa organisasi, kelompok, departemen, struktur, jaringan atau individu-individu. Langkah selanjutnya adalah mengklasifikasi aktor menurut kekuasaan atau kekuatan dan kepentingan mereka yang berkaitan dengan *issue*.

Kepentingan adalah mengukur sejauh mana para aktor mungkin dapat dipengaruhi oleh perubahan kebijakan dan seberapa besar kepentingan atau *konsen* yang mereka miliki. Kekuatan/kekuasaan adalah mengukur pengaruh yang mereka miliki terhadap kebijakan dan sejauh mana mereka dapat membantu mencapai atau menghalangi perubahan yang diinginkan.

Stakeholder atau aktor yang memiliki kekuatan/kekuasaan yang tinggi dan kepentingan yang sesuai dengan kebijakan, adalah orang-orang atau organisasi yang penting untuk berpartisipasi secara penuh. Jika mencoba melakukan perubahan kebijakan, maka orang-orang ini adalah yang menjadi sasaran advokasi. Bagian paling atas dari daftar kekuatan/kekuasaan adalah pengambil keputusan, biasanya anggota-anggota atau aparatur pemerintah. Di bawahnya adalah orang-orang yang memiliki pendapat atau pemimpin pendapat. Hal ini akan menciptakan suatu piramida yang kadang-kadang disebut sebagai Peta Pengaruh (*Influence Map*).

Aktor yang memiliki kepentingan tinggi tetapi kekuasaannya rendah perlu terus diinformasikan tentang perubahan kebijakan yang diinginkan. Mereka yang memiliki kekuasaan yang tinggi tapi kepentingan yang rendah seharusnya terus dipuaskan dan secara ideal dianggap sebagai pendukung untuk perubahan kebijakan yang diusulkan. Jika memungkinkan analisis dapat dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang ; hakikat kekuasaan dan jabatannya dan kepentingan yang memberikannya posisi/jabatan. Hal ini dapat membantu dalam memahami lebih baik mengapa orang-orang mengambil pendirian tertentu dan bagaimana mereka dapat dipengaruhi.

Analisis *stakeholder* meliputi serangkaian bentuk analisis, dari yang sangat sederhana sampai yang lebih canggih. Teknik analisis *stakeholder* yang sangat sederhana adalah Matriks kekuasaan. Matriks ini menilai berdasarkan skala pertambahan dari nol sampai yang tertinggi, seberapa jauh kesiapan aktor yang berbeda akan berpartisipasi dalam suatu kegiatan dan seberapa kekuasaan yang mereka miliki untuk mempengaruhi keberhasilannya.

Tabel *stakeholder* dapat dikombinasikan dengan matriks kepentingan/pengaruh. Tabel ini dapat digunakan untuk menentukan *stakeholder* primer dan *stakeholder* sekunder.

Analisis *stakeholder* dapat berguna untuk mengidentifikasi konflik dan resiko, hubungan peluang dan potensial pendukung, partisipan yang tepat dan kelompok-kelompok yang mungkin sangat terpengaruh oleh suatu perubahan kebijakan dan pelaksanaannya. Dengan memberikan informasi tentang bagaimana aktor berhubungan dengan *issue* tertentu atau keputusan kebijakan, analisis

stakeholder dapat melahirkan pilihan-pilihan yang lebih baik mengenai bagaimana mengikutsertakan mereka agar memberikan atau melakukan perubahan kebijakan.

2.1.4. Unsur Kebijakan

Kebijakan secara umum mempunyai 5 (lima) unsur utama, yaitu (a) masalah publik, (b) nilai kebijakan, (c) siklus kebijakan, (d) pendekatan dalam kebijakan dan (e) konsekuensi kebijakan.

Masalah publik (*public issue*), merupakan isu sentral yang akan diselesaikan dengan sebuah kebijakan. Seperti disampaikan sebelumnya, kebijakan selalu diformulasikan untuk mengatasi ataupun mencegah timbulnya masalah, khususnya masalah yang bersifat isu publik. Masalah disebut sebagai isu publik bila masalah itu menjadi keprihatinan (*concern*) masyarakat luas dan mempengaruhi hajat hidup masyarakat luas.

Nilai kebijakan (*value*); setiap kebijakan selalu mengandung nilai tertentu dan juga bertujuan untuk menciptakan tata nilai baru atau norma baru dalam organisasi. Seringkali nilai yang ada di masyarakat atau anggota organisasi berbeda dengan nilai yang ada di pemerintah. Oleh karena itu perlu partisipasi dan komunikasi yang intens pada saat merumuskan kebijakan.

Siklus kebijakan: proses penetapan kebijakan sebenarnya adalah sebuah proses yang siklik dan bersifat kontinu, yang terdiri atas tiga tahap: (1) perumusan kebijakan (*policy formulation*), (2) penerapan kebijakan (*policy implementation*), dan (3) evaluasi kebijakan (*policy review*). Ketiga tahap atau proses dalam siklus tersebut saling berhubungan dan saling tergantung, kompleks, serta tidak linear, yang ketiganya disebut sebagai *policy analysis*.

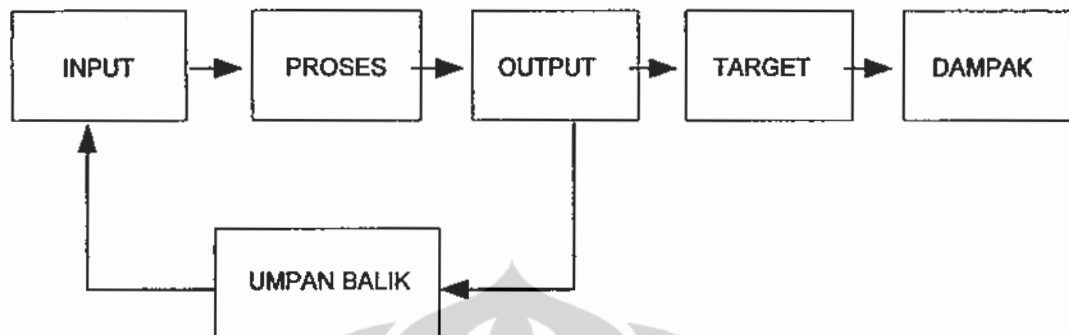
Pendekatan dalam kebijakan; pada setiap tahap siklus kebijakan perlu disertai dengan penerapan pendekatan (*approaches*) yang sesuai. Pada tahap formulasi, pendekatan yang banyak dipergunakan adalah pendekatan normatif, valuatif, prediktif ataupun empirik. Pada tahap implementasi banyak menggunakan pendekatan struktural (organisasional) ataupun pendekatan manajerial. Sedangkan tahap evaluasi menggunakan pendekatan yang sama dengan tahap formulasi. Pemilihan pendekatan yang digunakan sangat menentukan tingkat efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan.

Konsekuensi kebijakan; pada setiap penerapan kebijakan perlu dicermati akibat yang dapat ditimbulkan. Dalam memantau hasil kebijakan kita harus membedakan dua jenis akibat; luaran (*output*) dan dampak (*impact*). Apapun bentuk dan isi kebijakan, pada umumnya akan memberikan dampak atau konsekuensi yang ditimbulkan. Tingkat intensitas konsekuensi akan berbeda antara satu kebijakan dengan yang lain, juga dapat berbeda berdasarkan dimensi tempat dan waktu. Konsekuensi lain yang juga perlu diperhatikan adalah timbulnya resistensi atau penolakan dan perilaku negatif.

2.1.5. Sistem dan Proses Pembentukan Kebijakan.

Kebijakan merupakan sebuah sistem (Easton, 1972 dalam Barker, C, 1996). Sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai suatu tujuan yang jelas. Komponen suatu sistem terdiri dari masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), efek (*effect*), dan dampak (*outcome*) serta mekanisme umpan baliknya. Hubungan antara komponen-komponen sistem ini berlangsung secara aktif dalam suatu tatanan lingkungan (Muninjaya, 2004).

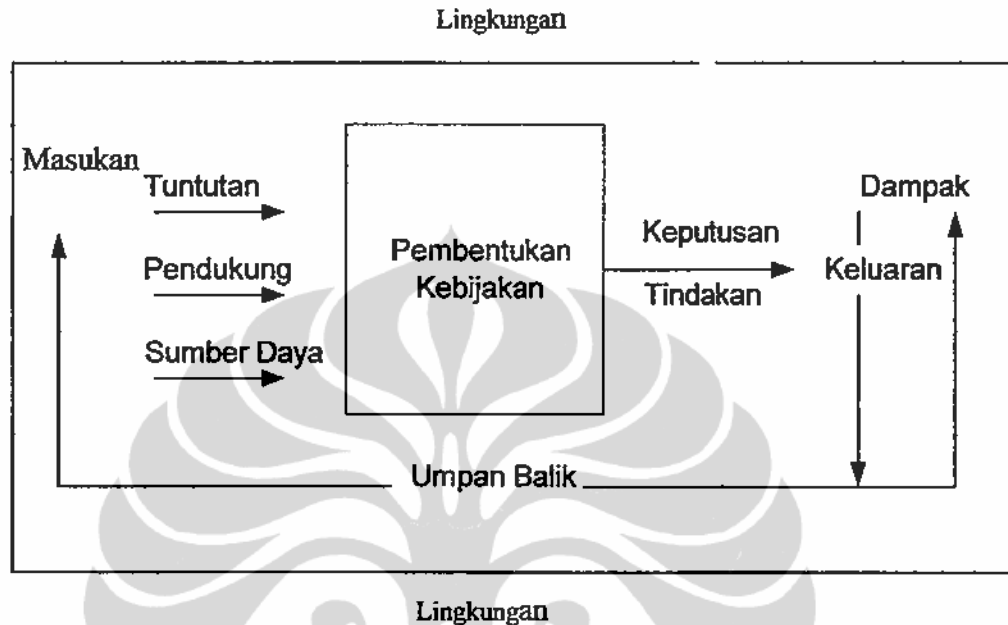
Gambar 2.2. Sistem



Masukan, yaitu kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem. Masukan ini terdiri dari *man*, *money*, *material* dan *methode* yang lebih dikenal dengan 4 M. Proses, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Keluaran adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem. Efek adalah hasil yang tidak langsung yang pertama dari proses suatu sistem. Dampak atau hasil tidak langsung dari proses suatu sistem. Umpan balik adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut (Muninjaya, 2004).

Kebijakan publik adalah hasil keputusan-keputusan eksekutif sebagai respon terhadap lingkungannya dan dipercayai akan bermanfaat pada perbaikan kondisi sosio-ekonomi masyarakat serta disepakati atau disetujui legislatif. Masukan kebijakan diperoleh dari suatu isu, peraturan dan ketentuan yang mendukung dan mempertimbangkan sumber daya yang ada. Hasil dari proses tersebut adalah keluaran berupa kebijakan yang harus ditindaklanjuti.

Gambar 2.3. Bagan Sistem dan Proses Pembentukan Kebijakan



Sumber : Easton (1972) dalam Barker C (1996)

Tahap-tahap dalam proses pembentukan kebijakan (Barker C, 1996) terdiri dari :

1. Penyusunan agenda; menempatkan permasalahan sebagai agenda publik.
2. Formulasi kebijakan ; merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah.
3. Adopsi kebijakan ; alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan baik mayoritas legislatif, secara konsensus pimpinan lembaga atau dari keputusan pengadilan.
4. Implementasi kebijakan ; kebijakan yang telah diputuskan dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasi sumberdaya finansial dan manusia.

5. Penilaian kebijakan ; menilai apakah badan-badan eksekutif, legislatif dan peradilan memenuhi persyaratan dalam pembuatan kebijakan, sehingga kebijakan tersebut diketahui untung ruginya.

Prosedur dalam proses pembuatan kebijakan publik sesungguhnya telah diatur dalam mekanisme ketatanegaraan yang, antara lain, memberikan hak-hak atas partisipasi dan kontrol rakyat. Namun kenyataannya, proses tersebut sering diabaikan karena alasan rakyat telah diwakili oleh wakil-wakilnya di Dewan Perwakilan Rakyat. Selain itu, diantara penyelenggara kekuasaan negara (legislatif, eksekutif dan yudikatif) masih sering terjadi tarik menarik kepentingan yang ujung-ujungnya kepentingan rakyat banyak lagi yang terabaikan.

Oleh sebab itu, kita perlu memahami kebijakan publik, sebagai suatu kesatuan "sistem hukum" (*system of law*), yang terdiri dari : (Roem, et al, Topatimasang, 2005) **Isi Hukum** (*content of law*); yakni uraian atau penjabaran tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan dan keputusan-keputusan pemerintah. Ada juga kebijakan-kebijakan yang lebih merupakan "kesepakatan umum" (konvensi) tidak tertulis, tetapi dalam hal ini kita lebih menitik beratkan perhatian pada naskah (*text*) hukum tertulis, atau "aspek tekstual" dari sistem hukum yang berlaku.

Tatanan Hukum (*structure of law*); yakni semua perangkat kelembagaan dan pelaksana dari isi hukum yang berlaku. Dalam pengertian ini tercakup lembaga-lembaga hukum (pengadilan, penjara, birokrasi pemerintahan, partai politik dll) dan para aparat pelaksananya (hakim, jaksa, pengacara, polisi, tentara, pejabat pemerintah, anggota DPR)

Budaya Hukum (*culture of law*); yakni persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan, penafsiran terhadap dua aspek sistem hukum di atas: isi dan tatanan hukum. Dalam pengertian ini juga tercakup bentuk-bentuk tanggapan (reaksi, respon) masyarakat luas terhadap pelaksanaan isi dan tatanan hukum tersebut. Karena itu, hal ini merupakan "aspek kontekstual" dari sistem hukum yang berlaku.

2.2. Perencanaan

2.2.1. Pengertian Perencanaan

Perencanaan adalah salah satu fungsi terpenting dalam manajemen. Perencanaan adalah suatu proses menganalisa dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisa efektifitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnya dari kemungkinan yang terpilih, serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (Levey dan Loomba *dalam* Azwar, 1996).

Perencanaan, di bidang kesehatan, dapat didefinisikan sebagai proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 2004)

Perencanaan adalah suatu proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Perencanaan sering pula diartikan sebagai cara bagaimana mencapai tujuan sebaik-baiknya dengan menggunakan sumber-sumber yang ada, supaya lebih efisien dan efektif dengan memperhatikan keadaan lingkungan sosial budaya, fisik dan biologik (Hapsara, 1982). Jadi perencanaan adalah suatu alat atau cara untuk mencapai tujuan. Sedangkan maksud dan tujuan membuat perencanaan itu sendiri mempunyai alasan-alasan tertentu, yaitu :

1. Diharapkan tercapainya suatu pengarahan kegiatan, adanya pedoman bagi pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang ditujukan kepada pencapaian tujuan pembangunan.
2. Dapat dilakukan suatu perkiraan terhadap hal-hal dalam masa pelaksanaannya. Perkiraan dilakukan mengenai potensi-potensi dan prospek-prospek perkembangan tetapi juga mengenai hambatan-hambatan dan resiko yang mungkin dihadapi. Perencanaan mengusahakan supaya ketidak pastian dapat dibatasi seminimal mungkin.
3. Memberikan kesempatan untuk memilih berbagai alternatif tentang cara yang terbaik atau kesempatan untuk memilih kombinasi yang terbaik.
4. Dilakukan penyusunan skala prioritas. Memilih urutan-urutan dari segi pentingnya suatu tujuan, sasaran maupun kegiatan usahanya.
5. Terdapat suatu alat pengukur atau standar untuk mengadakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi.

Dari suatu perencanaan akan dihasilkan suatu rencana. Jika perencanaan dilakukan dengan baik maka rencana yang dihasilkan akan baik pula, adapun ciri-ciri rencana yang baik adalah : (Wiyono, 1997)

1. Mempunyai tujuan yang jelas, terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus.
2. Uraian kegiatannya lengkap, meliputi kegiatan pokok dan kegiatan tambahan.
3. Ditetapkan jangka waktu pelaksanaannya, dari tahap persiapan, pelaksanaan dan penilaian.
4. Dijelaskan macam organisasi yang akan melaksanakan rencana tersebut, siapa saja yang akan melaksanakannya, pembagian tugas dan wewenang yang jelas, juga mengenai hak dan kewajibannya.
5. Perkiraan faktor-faktor apa saja yang dapat menunjang atau menghambat pelaksanaannya. Pendekatan apa saja yang dapat dipergunakan untuk menunjang atau mengurangi hambatan.
6. Rencana tersebut tidak terlepas dari sistem yang ada dan diketahui kaitannya dengan elemen-elemen sistem lainnya.
7. Rencana tersebut mencantumkan standar yang dipakai untuk mengukur keberhasilannya dan menjelaskan mekanisme kontrol yang akan dipakai.
8. Rencana tersebut luwes dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang berkembang.

Atas dasar ruang lingkup masalah yang dihadapi, perencanaan dapat dibedakan menjadi tiga jenis perencanaan yaitu; perencanaan komprehensif, perencanaan program, perencanaan proyek. Perencanaan komprehensif pada umumnya memberikan suatu kerangka kerja untuk jenis-jenis perencanaan yang menekankan segi praktis dan kelayakan program. Perencanaan ini lebih dekat

hubungannya dengan analisis kebijakan daripada rincian-rincian pelaksanaan kegiatan program. Perhatian lebih diberikan kepada pertimbangan-pertimbangan umum, seperti prioritas kegiatan dan tujuan yang akan dicapai.

Perencanaan program dan proyek lebih memerlukan sifat-sifat khusus, sehingga perhatian lebih besar ditekankan pada pelaksanaan, terutama dalam hubungannya dengan waktu dan penetapan sasaran. (Reinke, 1994)

2.2.2. Langkah-langkah Perencanaan

Langkah-langkah perencanaan yang dilakukan oleh dinas kesehatan sebagaimana terdapat dalam Modul 3 Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (Departemen Kesehatan RI, 2002) yaitu :

1. Analisa situasi
2. Menetapkan prioritas masalah kesehatan daerah
3. Analisa program atau intervensi yang diperlukan
4. Menyusun rencana kegiatan program
5. Melakukan analisa biaya kesehatan daerah
6. Melakukan analisa biaya dan kebutuhan anggaran program
7. Menyusun anggaran kesehatan daerah terpadu

Langkah-langkah perencanaan menurut PKEK FKM-UI (2004) lebih memfokuskan pada lima kegiatan pokok dalam proses perencanaan yaitu :

1. Analisa situasi dan perumusan masalah.
2. Penentuan tujuan
3. Identifikasi Kegiatan
4. Penyusunan Rencana Operasional

5. Integrasi Rencana

Langkah-langkah perencanaan menurut Muninjaya (2004) adalah sebagai berikut:

1. Analisis situasi

Langkah ini bertujuan untuk mengumpulkan data atau fakta. Dalam mengumpulkan data dimanfaatkan ilmu epidemiologi, antropologi, demografi, ekonomi dan statistik.

2. Mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah

Terbatasnya sumber daya dan kemampuan organisasi, serta kompleksnya permasalahan yang dihadapi, mengharuskan para manajer untuk menetapkan prioritas masalah yang perlu dipecahkan.

3. Merumuskan tujuan program dan besarnya target yang ingin dicapai

Perumusan tujuan ini akan dapat dilakukan apabila rumusan masalah pada langkah 2 sudah dilakukan dengan baik.

4. Mengkaji kemungkinan adanya hambatan dan kendala dalam pelaksanaan program.

Kajian terhadap hambatan ditujukan yang bersumber di dalam organisasi dan yang bersumber dari lingkungan masyarakat dan sektor lain.

5. Menyusun rencana kerja operasional

2.2.3. Unsur Rencana

Dalam perencanaan program kesehatan satu hal yang penting adalah unsur rencana yang terdiri dari : (Azwar, 1996)

1. Misi. Suatu rencana harus mengandung uraian tentang misi organisasi yang mengajukan rencana tersebut.

2. Masalah. Suatu rencana juga harus mengandung rumusan masalah, yakni suatu yang ingin diselesaikan oleh rencana yang sedang disusun. Rumusan masalah yang baik adalah yang mampu menjawab pertanyaan : masalah apa yang ditemukan, siapa yang terkena masalah, berapa besar masalahnya, dimana masalah tersebut ditemukan dan kapan masalah tersebut terjadi.
3. Tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan adalah suatu keadaan tertentu yang ingin dicapai oleh suatu rencana.
4. Kegiatan. Suatu rencana harus mengandung uraian tentang kegiatan yang akan dilakukan.
5. Asumsi perencanaan adalah uraian tentang pelbagai perkiraan dan aturan kemungkinan yang akan dihadapi jika rencana itu dilaksanakan.
6. Strategi pendekatan adalah uraian tentang strategi pendekatan yang akan dipergunakan pada waktu pelaksanaan program.
7. Sasaran adalah sasaran tertentu yang ingin dituju, yakni kepada siapa program kesehatan tersebut ditujukan.
8. Waktu. Uraian tentang waktu, yakni yang menunjukkan pada jangka waktu dan berapa lama rencana tersebut dilaksanakan.
9. Organisasi dan tenaga pelaksana. Uraian tentang siapa yang menjadi pelaksana dari program kesehatan tersebut.
10. Biaya. Uraian tentang biaya yang diperlukan untuk melaksanakan rencana tersebut
11. Metode dan kriteria penilaian. Uraian tentang metode dan kriteria penilaian yang akan dipergunaka dalam menilai keberhasilan atau kegagalan program yang direncanakan.

2.3. Advokasi

2.3.1. Pengertian Advokasi

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu yang menjadi sasaran atau target advokasi adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja, baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi kemasyarakatan (Notoadmodjo, 2003).

Dari segi komunikasi advokasi adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decission makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial. Di sektor kesehatan dalam konteks pembangunan nasional sasaran advokasi adalah pimpinan eksekutif termasuk presiden dan para pemimpin sektor lain yang terkait dengan kesehatan dan lembaga legislatif (Notoadmodjo, 2003).

Istilah advokasi (*advocacy*) mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global pendidikan atau promosi kesehatan. WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan tiga strategi pokok, yakni ; (a) advokasi (*advocacy*), (b) dukungan sosial (*social support*) dan (c) pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Strategi global ini dimaksudkan bahwa dalam pelaksanaan suatu program kesehatan di dalam masyarakat, maka langkah yang diambil adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pendekatan atau *lobbying* dengan para pembuat keputusan, agar mereka menerima, *committed* dan akhirnya bersedia mengeluarkan kebijakan

atau keputusan-keputusan yang mendukung program. Para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah, disebut sasaran tersier.

2. Melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh masyarakat setempat, baik tokoh formal maupun informal agar mempunyai kemampuan seperti yang diharapkan program dan dapat membantu menyebarkan informasi program atau melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Selain itu agar mereka juga menjadi contoh bagi masyarakat. Tokoh masyarakat baik di pusat maupun daerah, informal maupun formal, ini disebut sebagai sasaran sekunder.
3. Petugas kesehatan bersama tokoh masyarakat melakukan penyuluhan kesehatan, konseling melalui berbagai kesempatan dan media. Tujuannya adalah memampukan atau memberdayakan masyarakat dalam kesehatan. Masyarakat umum yang menjadi sasaran utama dalam setiap program kesehatan ini disebut sasaran primer.

2.3.2. Prinsip-prinsip Advokasi

Melakukan advokasi sesungguhnya adalah mempersoalkan hal-hal yang berada di balik suatu kebijakan publik. Oleh karena itu, secara tidak langsung kita mencurigai adanya bibit ketidakadilan yang tersembunyi di balik suatu kebijakan resmi, beserta turunannya. Sebetulnya turunan persoalan dasar ini berasal dari isi hukum (*content of law*); yakni uraian atau penjabaran tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan dan keputusan-keputusan pemerintah; tatalaksana atau struktur penyelenggaraan kekuasaan negara, baik itu legislatif, eksekutif, yudikatif (*structure of law*); serta kesadaran, perilaku masyarakat dan penyelenggaraan negara dengan pelbagai

konflik kepentingannya (*culture of law*) yang seringkali tidak menguntungkan masyarakat banyak. Premis tersebut berlaku pula untuk kebijakan publik di bidang kesehatan (Roem, et al, Topatimasang, 2005).

Sebagai suatu kesatuan sistem maka ketiga aspek hukum tersebut saling berkait satu sama lain. Karena itu idealnya suatu kerja advokasi kesehatan harus mencakup sasaran perubahan ketiganya. Dalam kenyataannya perubahan yang terjadi pada salah satu aspek tidak dengan serta merta membawa perubahan pada aspek lainnya. Perubahan pada naskah perundang-undangan tidak dengan sendirinya mengubah mekanisme kerja lembaga atau aparat pelaksanaanya (Roem, et al, Topatimasang, 2005)

Tujuan dan sasaran utama advokasi kesehatan adalah terjadinya perubahan kebijakan publik di sektor kesehatan. Advokasi itu sendiri lahir karena kepentingan umum masyarakat terganggu, dalam hal ini adalah kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai tidak terpenuhi.

Advokasi bukan sekedar malakukan lobi-lobi politik, tetapi mencakup kegiatan persuasif, memberikan semangat dan bahkan sampai memberikan tekanan kepada para pimpinan institusi. Advokasi tidak hanya dilakukan oleh individu tetapi juga oleh kelompok/organisasi maupun masyarakat.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial dan adanya sistem yang mendukung terhadap suatu program atau kegiatan.

2.3.3. Tujuan Advokasi

Dari batasan dan prinsip advokasi di atas maka tujuan advokasi adalah:

1. Komitmen politik (*political commitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di tingkat dan di sektor manapun terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan tersebut. Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Kekuasaan eksekutif maupun legislatif ditentukan oleh proses politik yaitu pemilihan umum. Seberapa jauh komitmen politik eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah-masalah kesehatan. Demikian pula seberapa besar mereka mengalokasikan anggaran bagi pembangunan kesehatan juga tergantung pada cara pandang dan kepedulian (*concern*) mereka terhadap kesehatan.

2. Dukungan kebijakan (*policy support*)

Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dikeluarkannya kebijakan yang konkrit dari para pembuat keputusan tersebut. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau surat edaran dari para pimpinan lembaga/institusi.

3. Penerimaan masyarakat (*social acceptance*)

Suatu program kesehatan apapun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yaitu masyarakat. Agar dapat diterima masyarakat maka program kesehatan harus disosialisasikan. Sosialisasi ini dilakukan oleh petugas pelaksana program di dinas kesehatan.

4. Dukungan sistem (*system support*)

Agar suatu program/kegiatan berjalan dengan baik maka perlu adanya sistem, mekanisme atau prosedur kerja yang jelas yang mendukungnya. Karena masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor maka program kesehatan harus bersama-sama dengan sektor lain. Jadi semua sektor pembangunan yang mempunyai dampak terhadap kesehatan harus memasukkan atau mempunyai unit atau sistem yang menangani masalah kesehatan di dalam struktur organisasinya.

2.4. Pembiayaan Kesehatan

2.4.1. Batasan Pembiayaan Kesehatan

Sistem kesehatan seperti apa yang telah dijelaskan sebelumnya mencakup hal yang amat luas, jika disederhanakan dapat dibedakan atas dua subsistem. Pertama, subsistem pelayanan kesehatan. Kedua, subsistem pembiayaan kesehatan. Untuk dapat terselenggaranya upaya kesehatan yang baik, kedua subsistem ini perlu ditata dan dikelola dengan sebaik-baiknya.

Menurut Azwar (1996) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah menunjuk kepada kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai upaya kesehatan yang diselenggarakan dalam suatu negara. Sedangkan yang dimaksud dengan subsistem pembiayaan kesehatan adalah menunjuk kepada kesatuan yang utuh dan terpadu dari pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku dalam suatu negara.

Sedangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 memiliki subsistem-subsistem, subsistem tersebut antara lain adalah subsistem upaya kesehatan dan subsistem pembiayaan. Subsistem upaya kesehatan adalah Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara

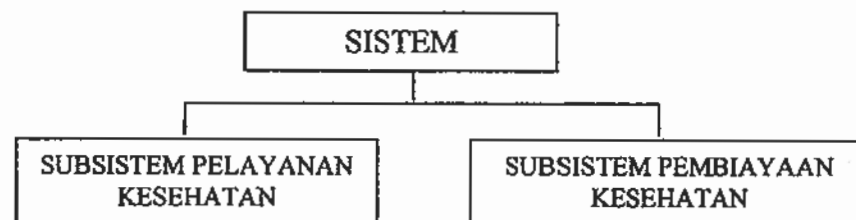
terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sedangkan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dari kedua pernyataan tersebut dapat terlihat bahwa keduanya menyatakan adanya upaya kesehatan dan pembiayaan (termasuk pendanaan) dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Akan tetapi dengan begitu luasnya arti sehat yang dirumuskan WHO maka pembiayaan pembangunan perumahan dan atau pengadaan pangan serta perbaikan lingkungan pemukiman, yang juga memiliki dampak terhadap kesehatan, seharusnya turut diperhitungkan dalam subsistem pelayanan dan subsistem pembiayaan. Hanya saja peninjauan yang luas seperti ini tidaklah mungkin dilakukan, maka pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan dibatasi pada program-program yang berhubungan erat dengan penerapan langsung ilmu dan teknologi kedokteran. Untuk lebih jelas pembagian sistem kesehatan dapat dilihat pada bagan di bawah ini.

Gambar 2.4.

PEMBAGIAN SISTEM KESEHATAN

(Azwar 1996)



Pembiayaan kesehatan merupakan unsur yang penting dalam penyelenggaraan kesehatan karena tanpa dukungan pembiayaan, upaya pelayanan

kesehatan tidak dapat terwujud. Untuk dapat memahami apa yang dimaksud dengan pembiayaan kesehatan maka terlebih dahulu perlu dilakukan pembatasan terhadap biaya itu sendiri. Menurut Azwar (1996) yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Dari pembatasan ini segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut. Pertama adalah dari perspektif penyedia pelayanan kesehatan, yang kedua adalah dari perspektif pemakai jasa pelayanan. Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dari pengertian ini terlihat bahwa biaya dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan bagi pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan atau dapat dikatakan sebagai persoalan bagi *provider* untuk terselenggaranya suatu upaya kesehatan, baik yang berasal dari swasta ataupun dari pemerintah.

Sedangkan yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Hal ini dapat disebut pula sebagai biaya yang dikorbankan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Dari pengertian ini maka biaya kesehatan menjadi persoalan utama bagi pemakai jasa pelayanan. Pada batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

2.4.2. Konsep dan Klasifikasi Pembiayaan Kesehatan

Biaya adalah sumber daya yang sengaja dikorbankan untuk mencapai suatu tujuan atau maksud tertentu, biasanya dipakai sebagai alat ukur keuangan yang harus dibayar guna mendapatkan barang atau jasa. Dengan demikian pengertian biaya tersebut dapat dalam bentuk uang, barang, waktu yang hilang, kesempatan yang hilang dan bahkan kenyamanan yang terganggu (Gani A, 2001). Menurut Ascobat Gani (2001) dan Anne Mills (1991) terdapat beberapa jenis klasifikasi biaya, antara lain:

1. Berdasarkan sifat kegunaannya, biaya dibedakan atas :
 - a. Biaya investasi, yaitu biaya yang dikeluarkan untuk pengadaan barang modal, dimana kegunaannya dapat berlangsung selama satu tahun atau lebih. Contoh; biaya pembangunan gedung, pembelian alat dan lain-lain.
 - b. Biaya operasional, yaitu biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal (agar barang investasi dapat berfungsi). Contoh; biaya gaji/upah/insentif, biaya ATK, biaya listrik/telepon/air.
 - c. Biaya pemeliharaan, yaitu biaya yang diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi (agar dapat bertahan lama). Contoh; biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan alat.
2. Berdasarkan hubungannya dengan jumlah produk (*output*)
 - a. Biaya tetap (*fixed cost*), adalah biaya yang besarnya tidak dipengaruhi oleh jumlah output atau produksi yang dihasilkan. Contoh; biaya investasi.
 - b. Biaya semivariabel (*semivariable cost*), adalah biaya untuk mengoperasikan barang investasi, besarnya tidak terpengaruh oleh banyaknya produksi. Contoh; biaya gaji pegawai tetap.

- c. Biaya variabel (*variable cost*), adalah biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya produksi. Contoh; bahan habis pakai/ATK, biaya obat di poliklinik.
3. Berdasarkan fungsinya dalam proses produksi
 - a. Biaya langsung (*direct cost*), adalah biaya yang dikeluarkan pada unit-unit yang langsung memproduksi barang (unit produksi). Contoh; biaya obat dan makan di ruang rawat inap, biaya gaji pegawai tetap.
 - b. Biaya tak langsung (*indirect cost*), adalah biaya yang dikeluarkan pada unit-unit penunjang yang tidak langsung memproduksi output. Contoh; biaya telepon/air/listrik, biaya tenaga administrasi.
 4. Berdasarkan masa atau frekuensi pengeluarannya
 - a. Biaya modal (*capital cost*)
 - b. Biaya berulang (*recurrent cost*) atau biaya rutin.
 5. Biaya kesempatan yang hilang (*opportunity cost*) adalah biaya (pengorbanan) berupa hilangnya kesempatan lain yang bias dimanfaatkan, karena sumberdaya (biaya) yang dipergunakan untuk hal lain.

Pengertian subsistem pembiayaan kesehatan secara sederhana diartikan sebagai satu kesatuan yang utuh dan terpadu antara kebijakan (*policy*) dengan mekanisme pembiayaan kesehatan yang diterapkan di suatu negara (Azwar A, 1996).

Suatu subsistem pembiayaan dikatakan baik apabila tata cara pembiayaan dapat menjamin kebutuhan dana penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta terpenuhinya kebutuhan pelayanan setiap anggota masyarakat yang memerlukan

2.4.3. Sumber Biaya Kesehatan

Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lainnya. Secara umum menurut Azwar (1996) sumber biaya kesehatan ini dapat dibedakan atas dua macam yakni :

1. Sumber biaya kesehatan dapat seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah. Keadaan ini tergantung dari bentuk pemerintahan yang dianut suatu negara. Negara yang sumber biaya kesehatannya sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan, diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara cuma-cuma.

2. Sebagian ditanggung masyarakat

Pada beberapa negara lain sumber biaya kesehatannya sebagian tidak hanya berasal dari pemerintah tetapi juga berasal dari masyarakat. Masyarakat dihimbau berperan serta baik dalam menyelenggarakan upaya kesehatan ataupun pada waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan. Dengan ikut sertanya masyarakat dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan maka pelayanan kesehatan tidaklah cumacuma. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya (Azwar, 1996).

Sedangkan Tjiptoherianto dan Soesetyo (1994), membagi sumber biaya kesehatan negara Indonesia menjadi sumber yang berasal dari pemerintah, pembiayaan luar negeri dan masyarakat (dalam bentuk pungutan pemakai). Dengan demikian maka pembagian tersebut dapat dikategorikan pada jenis yang kedua yaitu sebagian ditanggung oleh masyarakat. Pembiayaan luar negeri tentunya dapat dikategorikan sebagai sumber yang berasal dari pemerintah.

Sedangkan menurut Dep.Kes.RI (2003) sumber pembiayaan bagi pembangunan kesehatan berasal dari pemerintah, masyarakat termasuk swasta dan sumber lain. Sumber biaya pemerintah berasal dari pemerintah pusat, propinsi, kabupaten/kota dan bantuan luar negeri (BLN). Sedangkan sumber biaya swasta berasal dari pengeluaran rumah tangga atau perorangan (*out of pocket*), perusahaan swasta/BUMN untuk membiayai karyawan, badan penyelenggara beberapa jenis jaminan pembiayaan kesehatan dan lembaga non pemerintah yang umumnya digunakan untuk kegiatan kesehatan yang bersifat sosial kemasyarakatan. Pembagian ini termasuk pada jenis kedua berdasarkan pembagian Azrul yaitu sebagian berasal dari masyarakat dan sebagian berasal dari pemerintah.

Sumber biaya kesehatan khususnya yang berasal dari pemerintah menurut Gani (2001) terdiri dari :

1. Pemerintah Pusat : APBN, JPSBK, dan bantuan dan pinjaman luar negeri
2. Pemerintah Propinsi : APBD Propinsi
3. Pemerintah Daerah : APBD Kabupaten/Kota.

Pembiayaan kesehatan daerah yang bersumber pada APBD dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu alokasi untuk sektor kesehatan dan sektor non kesehatan. Sektor kesehatan adalah satuan kerja yang memiliki fungsi utamanya melakukan serta memberi pelayanan dan kegiatan kesehatan seperti Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Umum Daerah baik yang berada di Propinsi maupun Kabupaten/Kota, Laboratorium Kesehatan Daerah serta Perbekalan dan Gudang Farmasi.

Sektor non kesehatan adalah satuan kerja atau instansi yang memiliki fungsi utamanya tidak langsung melakukan pelayanan kesehatan tetapi melakukan kegiatan

kesehatan, seperti Dinas Kesehatan Lingkungan, Dinas Catatan Sipil dan KB, Dinas Sosial dan lain-lain.

2.4.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan

Menurut SKN 2004 terdapat tiga unsur utama dalam subsistem pembiayaan, yakni penggalian dana, alokasi dana, dan pembelanjaan. Ketiga unsur ini menjadi unsur utama, baik bagi pihak penyedia pelayanan kesehatan ataupun pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Yang dimaksud dengan penggalian dana adalah kegiatan yang menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan. Sedangkan alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun, baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat maupun swasta. Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai peruntukannya dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan sukarela.

Dalam penyelenggaraan pembiayaan kesehatan harus mengacu pada beberapa prinsip-prinsip agar tidak menyimpang dari maksud dan tujuan dilakukannya pembiayaan kesehatan. Prinsip-prinsip penyelenggaraan subsistem pembiayaan kesehatan menurut SKN 2004 adalah:

1. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya guna, adil dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.

2. Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat dan keluarga miskin.
3. Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasil guna, dan berdaya guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik berdasarkan prinsip solidaritas sosial yang wajib maupun sukarela, yang dilaksanakan secara bertahap.
4. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui pengumpulan secara aktif dana sosial untuk kesehatan, misal dana sehat atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal : dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.
5. Pada dasarnya penggalian, pengalokasian dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan bagi daerah yang kurang mampu (Dep.Kes RI, 2004).

Sedangkan menurut Azwar (1996) menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai ciri-ciri yang harus memenuhi beberapa syarat pokok yaitu :

a. Jumlah.

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup, dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya. Pembiayaan pada SKN 2004 mencantumkan dimensi jumlah sebagai salah satu prinsip pembiayaan, hanya saja menekankan pula unsur transparansi dan akuntabilitas, sedangkan Azwar lebih menekankan unsur masyarakat

b. Penyebaran.

Syarat lain yang harus dipenuhi ialah penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik maka akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan. Dalam SKN 2004 penyebaran ini terlihat dirinci menjadi biaya yang diarahkan pada pemerintah dan masyarakat sedangkan menurut Azwar (1996) terlihat lebih secara umum. Akan tetapi lebih menekankan pada unsur pemenuhan kebutuhan.

c. Pemanfaatan.

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatan tidak mendapatkan pengaturan yang seksama maka akan menimbulkan masalah yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Dari ketiga syarat pokok tersebut kita menyadari bahwa jumlah dana yang tersedia selalu bersifat terbatas oleh karenanya dalam pendanaan kesehatan perhatian tidak hanya dicurahkan pada upaya penambahan dana tetapi juga pada pengaturan penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia.

Ada tiga *issue* pokok berkaitan dengan alokasi dana kesehatan yang terbatas (Gani, 1998), yaitu :

1. Prioritas masalah kesehatan
2. Pemilihan program atau intervensi yang *cost-effective*
3. Keseimbangan alokasi pembiayaan antara mata anggaran.

Ada lima faktor yang menentukan kecukupan alokasi anggaran daerah di bidang kesehatan (Depkes, 2004), yaitu :

1. Jumlah penerimaan daerah berasal dari pemerintah pusat dan daerah yang tercantum dalam jumlah APBD.

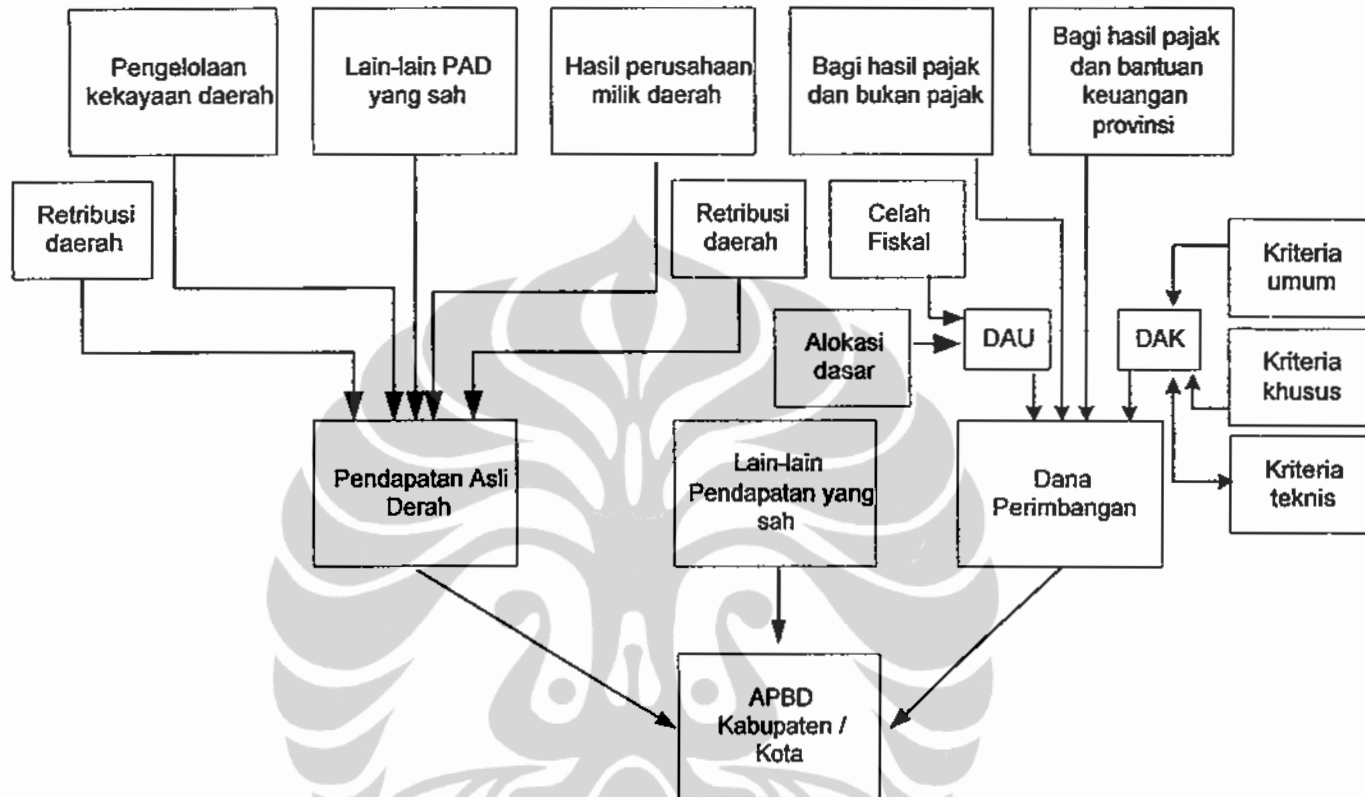
2. Skala prioritas terhadap bidang kesehatan dimata para pimpinan daerah.
3. Kemampuan dinas kesehatan untuk melakukan advokasi.
4. Kemampuan dinas kesehatan menyusun rencana anggaran yang baik.
5. Kemampuan menyajikan informasi alur pendanaan kesehatan daerah termasuk informasi sumber-sumber dana yang ada, sampai bagaimana penggunaan dana tersebut terhadap pencapaian program-program kesehatan.

Berdasarkan UU No.33 Tahun 2004 menyebutkan bahwa total anggaran pemerintah daerah disebut APBD, yang meliputi :

1. Pendapatan Asli Daerah (PAD), terdiri dari pajak daerah, retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah dan pengelolaan kekayaan daerah, serta lain-lain pendapatan yang sah (hasil penjualan kekayaan daerah yang tidak dipisahkan, jasa giro, pendapatan bunga, keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing dan komisi potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh daerah).
2. Dana Perimbangan terdiri dari : bagi hasil pajak dan bukan pajak, Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), bagi hasil pajak dan bantuan keuangan dari propinsi.
3. Lain-lain pendapatan yang sah ; berupa dana penyeimbang dari pemerintah.

Sehingga ketiga hal tersebut menjadi faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan.

Gambar 2.5. Sumber-sumber Pembiayaan Daerah



Sumber : Diolah dari Undang-undang No. 33 Tahun 2004

2.4.5. Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan

Bila memperhatikan syarat pokok pendanaan kesehatan yang telah dikemukakan yang menyangkut pemenuhan jumlah, penyebaran dan pemanfaatan maka akan segera dapat terlihat bahwa untuk memenuhi syarat pokok pendanaan tersebut adalah tidak mudah. Adapun permasalahan tersebut secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kurangnya dana yang tersedia

Dibanyak negara berkembang dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai. Rendahnya

alokasi anggaran ini kait berkait dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan dari pengambilan keputusan menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan bersifat konsumtif. Dan karena itu kurang diprioritaskan.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Masalah lain yang dihadapi adalah penyebaran dana yang tidak sesuai karena kebanyakan justru beredar di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk terutama di negara yang sedang berkembang kebanyakan bertempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Pemanfaatan dana yang tidak tepat juga merupakan salah satu masalah yang dihadapi dalam pendanaan kesehatan ini. Adalah mengejutkan bahwa di banyak negara ternyata pelayanan kedokteran jauh lebih tinggi dari pada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal semua pihak telah mengetahui bahwa pelayanan kedokteran dipandang kurang efektif daripada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang belum sempurna

Seandainya dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu sempurna namun jika apa yang dimiliki tersebut dapat dikelola dengan baik dalam batas-batas tertentu tujuan dari pelayanan kesehatan masih dapat dicapai. Sayangnya kehendak yang seperti ini sulit diwujudkan. Penyebab utamanya ialah karena pengelolaannya memang belum sempurna, yang kait berkait tidak hanya dengan pengetahuan

dan keterampilan yang masih terbatas tetapi juga ada kaitan dengan sikap mental para pengelola.

5. Biaya kesehatan yang makin meningkat

Masalah lain yang dihadapi oleh pendanaan kesehatan ialah makin meningkatnya pelayanan kesehatan itu sendiri. Banyak penyebab yang berperan disini. Beberapa yang terpenting adalah (Cambrige Research Institut 1976, Sorkin 1975, Feldstein, 1988):

a. Tingkat inflasi

Meningkatnya biaya kesehatan disebabkan adanya peningkatan harga yang dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula.

a. Tingkat permintaan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditentukan oleh masyarakat. Untuk bidang kesehatan peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi setidaknya oleh dua faktor. Pertama: karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan. Kedua karena meningkatnya kualitas penduduk, yang karena pendidikan dan penghasilannya lebih baik, membutuhkan pelayanan kesehatan yang baik pula (Azwar 1996).

Sedangkan menurut Sorkin (1975), meningkatnya permintaan disebabkan antara lain karena adanya peningkatan populasi orang tua,

meningkatnya pendidikan, meningkatnya urbanisasi, dan meningkatnya jumlah penyedia layanan kesehatan sehingga mempermudah akses.

Sementara itu Feldstein (1999) menyatakan bahwa terjadinya peningkatan dalam pengobatan individu adalah merupakan dampak dari meningkatnya populasi yang menerima layanan. Namun demikian tidak semua peningkatan dalam pembelanjaan disebabkan oleh kuantitas layanan. Hal penting lainnya adalah karena adanya peningkatan harga (untuk jenis layanan yang sama), dimana dilakukan perubahan untuk meningkatkan kualitas layanan.

c. Kemajuan ilmu dan teknologi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi yang untuk pelayanan kesehatan ditandai dengan waktu banyaknya dipergunakan berbagai peralatan modern dan canggih.

d. Perubahan pola penyakit.

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh terjadinya perubahan pola penyakit di masyarakat.

e. Perubahan pola pelayanan kesehatan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola pelayanan kesehatan. Hal ini sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan menjadi terkotak-kotak, dan satu sama lain tidak berimbang. Akibatnya tidak mengherankan

jika kemudian seringkali dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien.

f. Perubahan pola hubungan dokter pasien

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh perubahan pola hubungan dokter pasien, hal ini dapat terlihat karena terjadinya pemeriksaan yang berlebihan.

g. Lemahnya mekanisme pengendalian biaya

Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan, sebenarnya telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (*cost containment*) sayangnya dalam banyak hal mekanisme pengendalian harga ini sering terlambat di kembangkan.

h. Penyalahgunaan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya adalah salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim di temukan pada bentuk yang konvensional (*third party system*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*); justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan. (Azwar, 1996).

Sedangkan menurut Dep.Kes RI FKM UI (2002) terdapat beberapa isu pokok dalam pembiayaan kesehatan daerah yang bisa lebih dipertajam dengan melakukan DHA dan sekaligus mencari tindakan koreksi untuk memperbaikinya, isu tersebut adalah :

1. Jumlahnya kecil

Biaya kesehatan yang tersedia sangatlah kecil. Dengan DHA daerah/dinas kesehatan dapat menyatakan secara eksplisit seberapa jauh kecilnya biaya tersebut. Data atau informasi itu dapat dipergunakan untuk bahan advokasi anggaran kesehatan.

2. Terfragmentasi

Biaya kesehatan datang dari banyak sumber dan masih tetap terfragmentasi sebagaimana halnya terjadi dalam masa sentralistis yang sudah lampau, informasi yang dihasilkan DHA dapat dipergunakan untuk mengintegrasikan anggaran kesehatan.

3. Tidak seimbang antara biaya untuk kegiatan langsung dan tidak langsung. Ketidakseimbangan antara biaya untuk kegiatan langsung dengan kegiatan tidak langsung menunjukkan gambaran piramida terbalik, banyak terpakai pada jenjang atau unit organisasi yang lebih tinggi (kantor dinas, rapat, pertemuan dan konsultan) dan sedikit pada unit pelaksana di lapangan (puskesmas, perjalanan, *sweping*, *surveilains*, *cold chain system*, *regensia* laboratorium dan lain-lain).

4. Tidak jelas untuk program apa dipergunakan.

Di daerah sering ditemui kesulitan dalam mengetahui program dan biaya yang digunakan

2.5. Otonomi Daerah

2.5.1. Pengertian Otonomi Daerah

Beberapa pengertian yang tercantum dalam Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 adalah :

1. Otonomi daerah adalah hak , wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Daerah otonom adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
3. Desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
4. Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada gubernur sebagai wakil pemerintah dan/atau kepada instansi vertikal di wilayah tertentu.
5. Tugas pembantuan adalah penugasan dari pemerintah kepada daerah dan/atau desa dari pemerintah provinsi kepada kabupaten/kota dan/atau desa serta dari pemerintah kabupaten/kota kepada desa untuk melaksanakan tugas tertentu.

2.5.2. Kewenangan Daerah

Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah sebagaimana dimaksud adalah bahwa pemerintah daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan. Urusan pemerintahan yang menjadi urusan wajib pemerintah daerah kabupaten/kota adalah meliputi;

- a. Perencanaan dan pengendalian pembangunan
- b. Perencanaan, pemanfaatan dan pengawasan tata ruang
- c. Penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat
- d. Penyediaan sarana dan prasarana umum
- e. Penanganan bidang kesehatan
- f. Penyelenggaraan pendidikan
- g. Penanggulangan masalah sosial
- h. Pelayanan bidang ketenagakerjaan
- i. Fasilitasi pengembangan koperasi usaha kecil dan menengah
- j. Pengendalian lingkungan hidup
- k. Pelayanan pertanahan
- l. Pelayanan kependudukan dan catatan sipil
- m. Pelayanan administrasi umum dan pemerintahan
- n. Pelayanan administrasi penanaman modal
- o. Penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya
- p. Urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan

Urusan pemerintahan kabupaten/kota yang bersifat pilihan meliputi urusan pemerintahan yang secara nyata ada dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi, kekhasan dan potensi unggulan daerah yang bersangkutan.

Dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai hak dan kewajiban. Hak yang dimiliki daerah antara lain adalah; mengelola kekayaan daerah, memungut pajak daerah dan retribusi daerah, mendapatkan bagi hasil dari pengeolaan sumber daya alam dan sumber daya lainnya yang berada di daerah, mendapatkan sumber-sumber pendapatan lai yang sah. Sedangkan kewajiban yang harus dilakukan oleh daerah antara lain adalah mengembangkan kualitas kehidupan masyarakat, mewujudkan keadilan dan pemerataan, meningkatkan pelayanan dasar pendidikan dan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan serta kewajiban lain yang menjadi urusan wajib pemerintah daerah.

2.5.3. Perencanaan Pembangunan Daerah.

Dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah disusun perencanaan pembangunan daerah sebagai satu kesatuan dalam sistem pembangunan nasional sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No.25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN).

Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional adalah satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana-rencana pembangunan dalam jangka panjang, jangka menengah dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara negara dan masyarakat di tingkat pusat dan daerah.

Proses perencanaan adalah merupakan gabungan dari empat proses yaitu :

1. Proses politik : pemilihan langsung dipandang sebagai proses perencanaan karena menghasilkan rencana pembangunan dalam bentuk visi, misi dan program yang ditawarkan oleh kepala daerah terpilih selama kampanye.
2. Proses teknokratik : perencanaan yang dilakukan oleh perencana profesional, atau oleh lembaga/ unit organisasi yang secara fungsional melakukan perencanaan.
3. Proses partisipatif : perencanaan yang melibatkan para pemangku kepentingan pembangunan (*stakeholders*) antara lain melalui pelaksanaan musrenbang.
4. Proses *bottom-up* dan *top-down* : adalah perencanaan yang aliran prosesnya dari atas ke bawah atau dari bawah ke atas dalam hirarki pemerintahan.

Perencanaan pembangunan daerah dilaksanakan oleh Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda), merupakan proses perencanaan yang bersifat politik, teknokratik dan *top-down*, dan perencanaan ini disusun secara berjangka meliputi :

- a. Rencana Pembangunan Jangka Panjang daerah (RPJP) untuk jangka waktu 20 (dua puluh) tahun yang memuat visi, misi dan arah pembangunan daerah yang mengacu kepada RPJP nasional.
- b. Rencana Pembangunan Jangka Menengah daerah (RPJM) untuk jangka waktu 5 (lima) tahun merupakan penjabaran dari visi, misi dan program kepala daerah yang penyusunannya berpedoman kepada RPJP daerah dan memperhatikan RPJM nasional.
- c. RPJM daerah memuat arah kebijakan keuangan daerah, strategi pembangunan daerah, kebijakan umum dan program Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD),

lintas satuan kerja perangkat daerah, dan program kewilayahan disertai dengan rencana kerja dalam kerangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.

- d. Rencana Pembangunan Tahunan Daerah selanjutnya disebut Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) merupakan penjabaran dari RPJM daerah untuk jangka waktu 1 (satu) tahun yang memuat rencana kerja dan pendanaannya, baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat dengan mengacu kepada rencana kerja pemerintah.
- e. RPJP daerah dan RPJM daerah ditetapkan dengan Perda berpedoman pada Peraturan Pemerintah (PP)

2.5.4. Proses Penyusunan dan Penetapan APBD

Proses penyusunan dan penetapan APBD diatur dalam UU No.17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, PP No.58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan daerah, dan mekanisme teknisnya diatur dalam Permendagri No.13 Tahun 2006 . Penetapan APBD berkaitan erat dengan sistem perencanaan pembangunan daerah yang tidak terpisahkan dari sistem perencanaan pembangunan nasional sebagaimana diatur dalam UU No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.

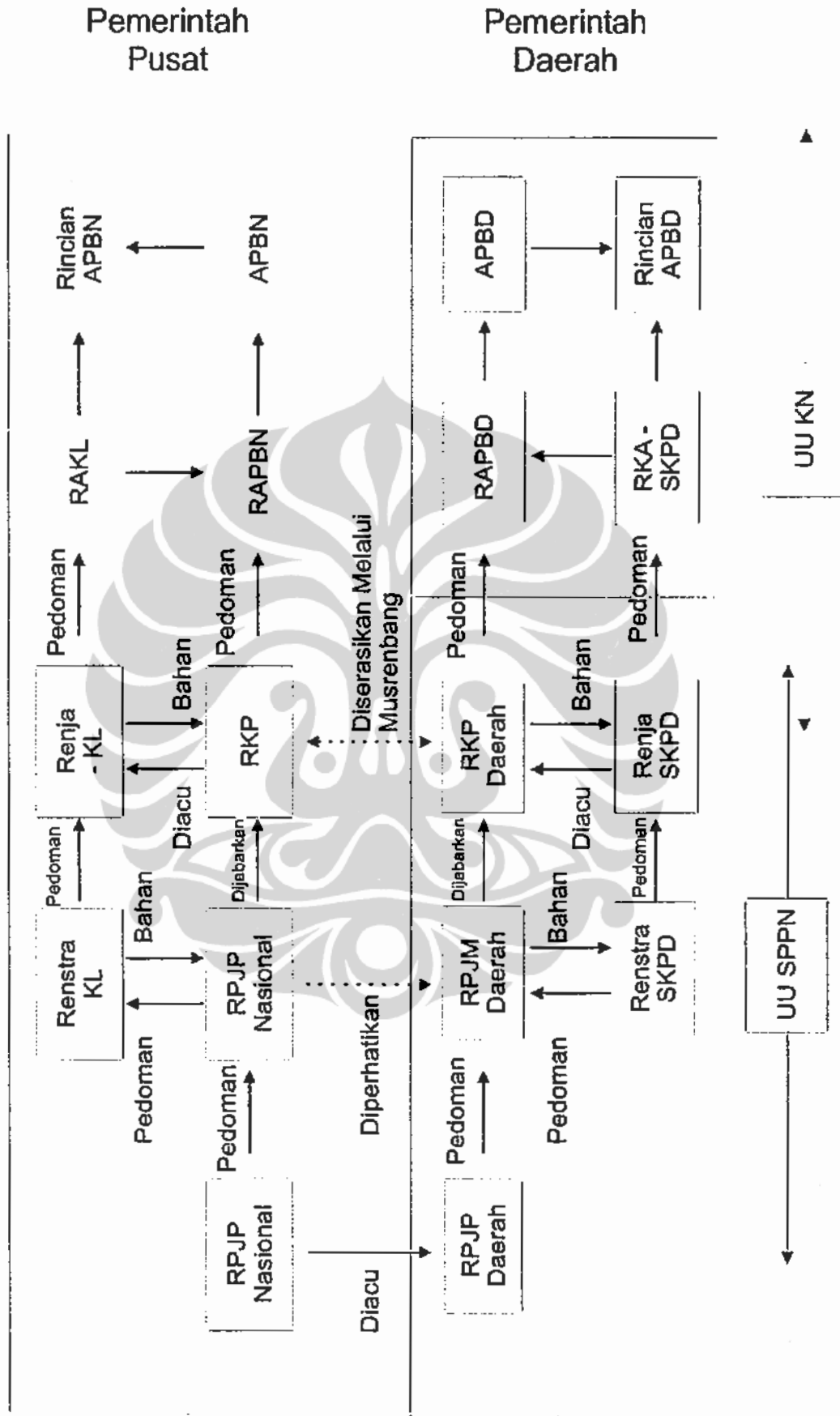
Dalam proses penyusunan APBD ini terdapat keterlibatan masyarakat dengan menjangking aspirasi masyarakat (tokoh masyarakat, pemuka agama, LSM, dan sektor swasta) melalui forum Musyawarah Rencana Pembangunan (Musrenbang) mulai

tingkat desa, tingkat kecamatan sampai dengan tingkat kabupaten. Jadwal dari penyelenggaraan musrenbang terdapat dalam Lampiran 2 SEB MPPN/ Kepala Bappenas dan Mendagri tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang.

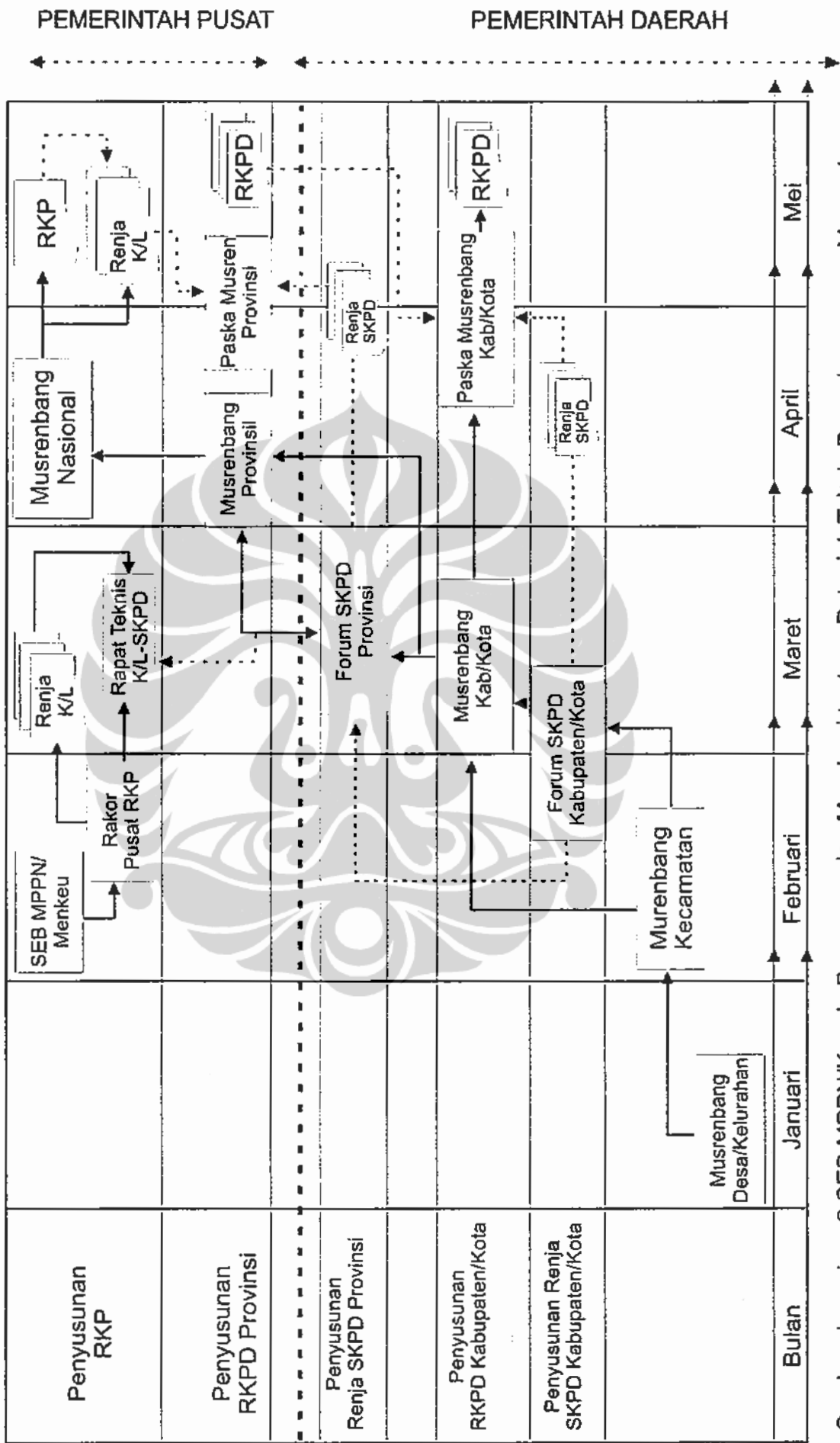
Musrenbang kabupaten merupakan wahana untuk memaduserasikan aspirasi masyarakat dengan visi dan misi Pemerintah Daerah yang tertuang dalam RPJM daerah. Hasil dari kegiatan musrenbang ini merupakan bagian dari perencanaan pembangunan yang bersifat partisipatif dan *bottom-up*.

RPJM daerah untuk jangka waktu lima tahun merupakan penjabaran dari visi, misi dan program kepala daerah yang penyusunannya berpedoman kepada RPJP Daerah dengan memperhatikan RPJM Nasional dan standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh pemerintah. RPJM daerah ditetapkan paling lambat tiga bulan setelah kepala daerah dilantik.

Gambar 2.6 Alur Perencanaan dan Penganggaran



Gambar 2.7
JADWAL PENYELENGGARAAN
MUSYAWARAH PERENCANAAN PEMBANGUNAN



Sumber: Lampiran 2 SEB MPPN/Kepala Bappenas dan Mendagri tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang

SKPD menyusun rencana strategis yang selanjutnya disebut Renstra SKPD yang memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program dan kegiatan pembangunan yang bersifat indikatif sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing. Penyusunan Renstra SKPD berpedoman kepada RPJM daerah.

Pemerintah daerah kemudian menyusun RKPD yang merupakan penjabaran dari RPJM daerah dengan menggunakan bahan dari Rencana Kerja (Renja) SKPD. Renja SKPD adalah merupakan penjabaran dari Renstra SKPD yang disusun berdasarkan evaluasi pencapaian pelaksanaan program dan kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Renja SKPD memuat kebijakan, program dan kegiatan pembangunan baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun yang ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat. RKPD juga disusun berdasarkan hasil dari musrenbang (pamaduserasian). RKPD ini menjadi pedoman atau acuan dalam penyusunan rancangan Kebijakan Umum (KU) APBD.

RKPD disusun untuk menjamin keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran dan pengawasan. Penyusunan RKPD diselesaikan selambat-lambatnya akhir bulan Mei. RKPD kemudian ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah.

RKPD memuat rancangan kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan dan kewajiban daerah, rencana kerja yang terukur dari pendanaannya baik yang dilaksanakan langsung pemerintah daerah maupun ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat.

Kepala Daerah berdasarkan RKPD kemudian menyusun rancangan KU APBD. Rancangan KU APBD sebagai landasan penyusunan RAPBD disampaikan oleh kepala daerah kepada DPRD selambat-lambatnya pada bulan Juni.

KU APBD selain didasari oleh RKPD juga memperhatikan pokok-pokok pikiran DPRD, data historis dan kebijakan pemerintah atasan dalam hal ini pemerintah propinsi dan pemerintah pusat.

Rancangan KU APBD yang telah dibahas kepala daerah bersama DPRD selanjutnya disepakati menjadi KU APBD.

Adapun tujuan penyusunan KU APBD adalah :

1. Memberikan arah dan strategi serta prioritas pelaksanaan APBD Kabupaten pada tahun anggaran yang akan datang .
2. Untuk menselaraskan program-program dengan prioritas pembangunan yang telah ditetapkan dalam RKPD
3. Untuk menyusun target pencapaian kinerja yang terukur dari program-program yang akan dilaksanakan setiap urusan pemerintahan daerah yang disertai dengan proyeksi pendapatan daerah, alokasi belanja daerah, sumber dan penggunaan pembiayaan yang disertai dengan asumsi yang mendasarinya seperti mempertimbangkan perkembangan ekonomi makro dan perubahan pokok-pokok kebijakan fiskal yang ditetapkan pemerintah.
4. Untuk menyusun program dan kegiatan yang didasarkan pada prinsip-prinsip anggaran berbasis kinerja.

Berdasarkan KU APBD yang telah disepakati , pemerintah daerah menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) (pasal 35 ayat 1 PP No.58 Tahun 2005). Pembahasan PPAS dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Menentukan skala prioritas dalam urusan wajib dan urusan pilihan.
- b. Menentukan urutan program dalam masing-masing urusan.
- c. Menyusun plafon anggaran sementara untuk masing-masing program.

PPAS yang telah disusun tim anggaran eksekutif, selanjutnya disampaikan kepada panitia anggaran legislatif untuk konfirmasi kesesuaiannya dengan KU APBD yang telah disepakati sebelumnya. Setelah disepakati maka PPAS kemudian menjadi Prioritas Dan Plafon Anggaran (PPA). Kegiatan ini dilaksanakan pada bulan Juli-Agustus. KU APBD serta PPA yang telah disepakati bersama kepala daerah dan DPRD dituangkan dalam nota kesepakatan yang ditandatangani bersama oleh Kepala Daerah dan Pimpinan DPRD.

Kepala Daerah berdasarkan nota kesepakatan tersebut menerbitkan Pedoman Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) SKPD sebagai pedoman kepada SKPD menyusun RKA-SKPD. Proses tersebut dilaksanakan pada bulan Agustus-September.

RKA-SKPD disusun dengan menggunakan pendekatan kerangka pengeluaran jangka menengah daerah, penganggaran terpadu dan penganggaran berdasarkan prestasi kerja. Penyusunan RKA-SKPD dengan pendekatan penganggaran terpadu dilakukan dengan mengintegrasikan seluruh proses perencanaan dan penganggaran di lingkungan SKPD untuk menghasilkan dokumen rencana kerja dan anggaran. Penyusunan RKA-SKPD dengan pendekatan prestasi kerja dilakukan dengan memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dengan keluaran dan hasil yang diharapkan dari kegiatan dan program termasuk efisiensi dalam pencapaian keluaran dan hasil tersebut.

Penyusunan RKA-SKPD berdasarkan prestasi kerja dilakukan berdasarkan capaian kinerja, indikator kinerja, analisis standar belanja, standar satuan harga dan standar pelayanan minimal.

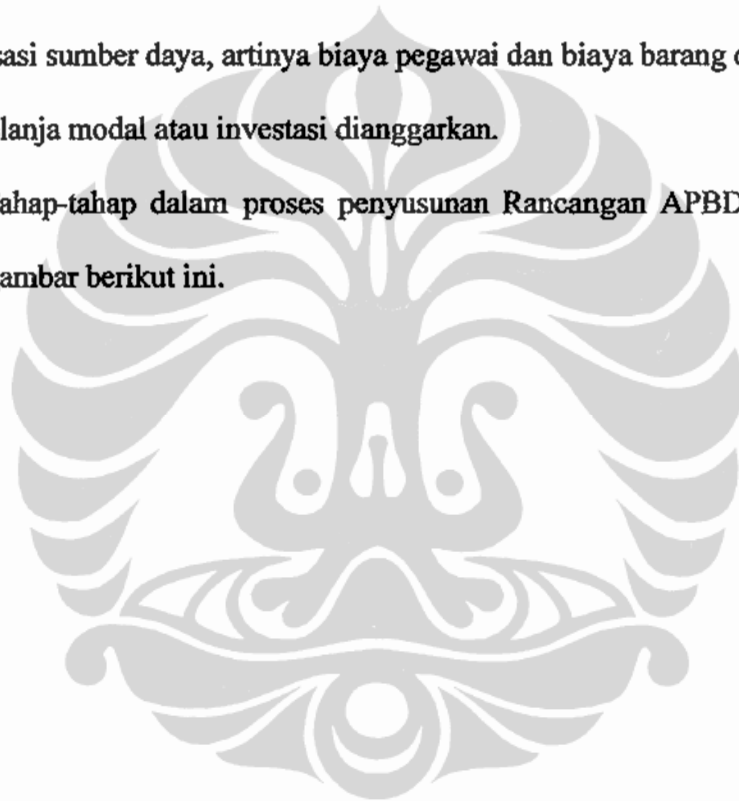
RKA-SKPD yang telah disusun, oleh kepala SKPD disampaikan kepada tim anggaran eksekutif untuk dibahas. Pembahasan tersebut dilakukan untuk menelaah kesesuaian RKA –SKPD dengan KU APBD, PPA, dan dokumen perencanaan lainnya.

Tim anggaran eksekutif kemudian menyusun Rancangan APBD berdasarkan RKA-SKPD yang telah ditelaah tersebut. Kepala daerah menyampaikan rancangan peraturan daerah tentang APBD kepada DPRD pada bulan Oktober kemudian dibahas dalam rangka mencapai persetujuan bersama. Pembahasan dilakukan dengan menitik beratkan pada kesesuaian antara KU APBD serta PPA dengan program dan kegiatan yang diusulkan. Pengambilan keputusan bersama DPRD dan kepala daerah tentang rancangan peraturan daerah tentang APBD dilakukan selambat-lambatnya pada bulan Desember setelah mendapat evaluasi dan persetujuan dari Propinsi. Kemudian setelah disepakati bersama maka APBD disahkan dengan Peraturan Daerah. Kepala daerah selanjutnya membuat Peraturan Kepala Daerah mengenai penjabaran APBD

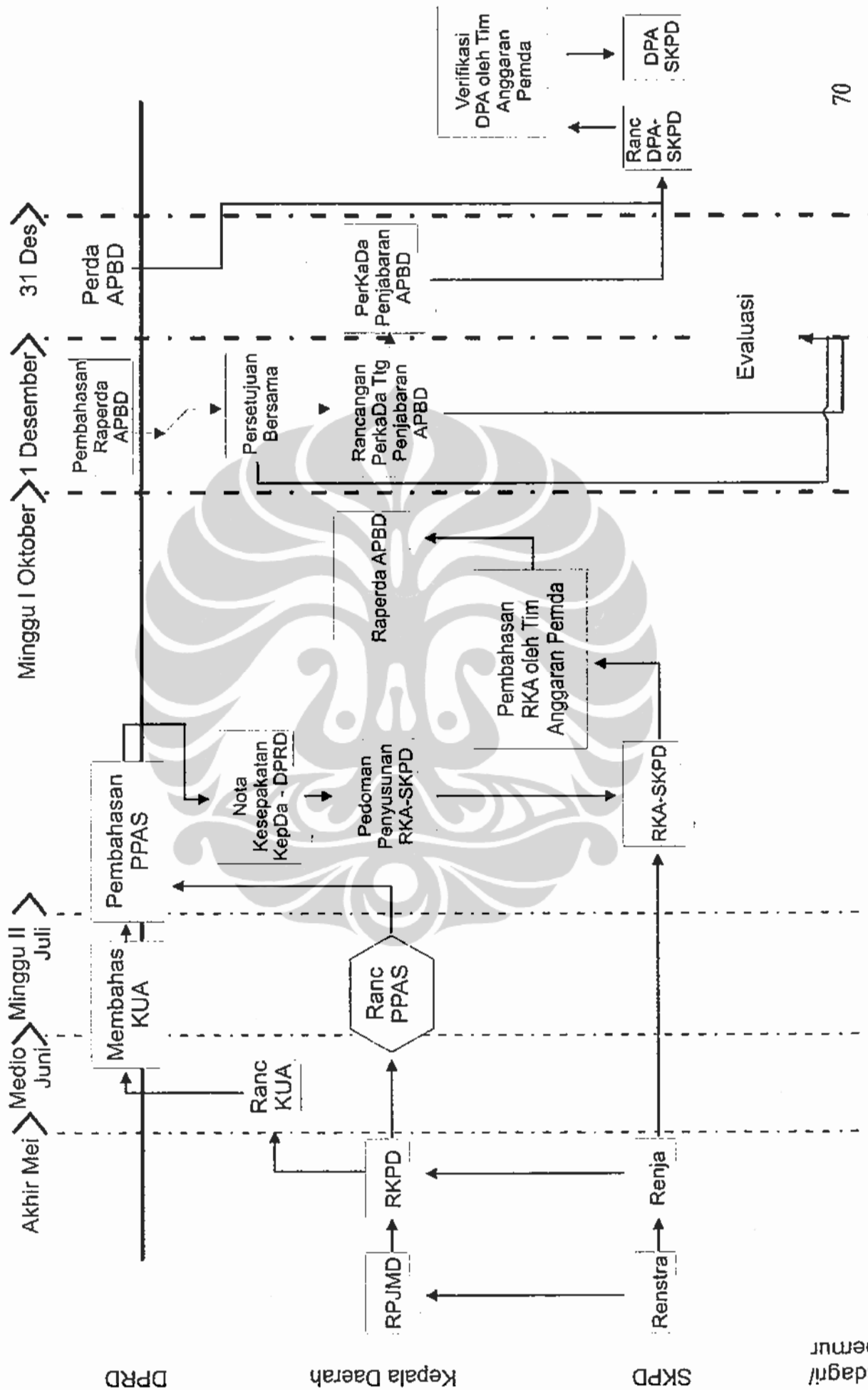
Jika APBD telah ditetapkan maka semua kepala SKPD menyusun dan menyampaikan rancangan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) SKPD. Tim Anggaran Eksekutif melakukan verifikasi atas rancangan DPA-SKPD tersebut. DPA-SKPD disahkan oleh Tim Anggaran Eksekutif dengan persetujuan Sekretaris Daerah, maka DPA-SKPD merupakan dasar pelaksanaan anggaran oleh kepala SKPD selaku pengguna anggaran APBD dari masing-masing satuan kerja secara rinci dan lengkap, termasuk pembagian untuk belanja tak langsung dan belanja langsung. Belanja tak langsung adalah belanja yang digunakan untuk membiayai kegiatan dengan hasil, manfaat dan dampaknya tidak secara langsung dinikmati oleh masyarakat, sedangkan

belanja langsung adalah belanja yang digunakan untuk membiayai kegiatan dengan hasil, manfaat dan dampaknya secara langsung dinikmati oleh masyarakat. Jenis belanja tak langsung dan belanja langsung terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan jasa, serta belanja modal, dimana keseimbangan antara ketiga mata anggaran ini perlu diperhatikan dalam penyusunan RKA sehingga terjadi optimalisasi sumber daya, artinya biaya pegawai dan biaya barang dan jasa selalu ada ketika belanja modal atau investasi dianggarkan.

Tahap-tahap dalam proses penyusunan Rancangan APBD dapat dijelaskan dengan gambar berikut ini.



Gambar 2.8
PROSES PENYUSUNAN APBD



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka Konsep

Dari teori yang telah diuraikan sebelumnya, yaitu bahwa pembiayaan pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh prioritas masalah kesehatan, pemilihan intervensi masalah kesehatan dan keseimbangan alokasi pembiayaan antara mata anggaran (Gani, 1998).

Menurut Depkes (2004) ada lima faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan yaitu : jumlah dana penerimaan daerah dari pusat, skala prioritas terhadap bidang kesehatan dimata para kepala daerah (komitmen daerah), kemampuan penyusunan perencanaan (RKA), kemampuan advokasi dan informasi alur pembiayaan kesehatan daerah.

Adanya tiga hal yang harus dipenuhi dalam pembiayaan kesehatan menurut Azwar (1996) yaitu jumlah dana yang cukup, penyebaran yang sesuai kebutuhan dan pemanfaatan dana yang baik. Pembiayaan pembangunan di daerah menurut UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, UU No.32 dan 33 tahun 2004 di pengaruhi oleh besaran PAD, besaran Dana Perimbangan dan pendapatan lain yang sah.

Dengan menggunakan pendekatan sistem maka kebijakan juga merupakan suatu proses dimana output dari kebijakan pengalokasian anggaran APBD ke dinas kesehatan dapat diketahui dari program, kegiatan dan besaran angka diberikan untuk

melaksanakan program/kegiatan tersebut sebagaimana tergambar dalam dokumen DPA Dinas Kesehatan. Rangkaian komponen sistem yang membentuk output program/kegiatan diatur dalam Peraturan pemerintah No. 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah dan Permendagri No.13 Tahun 2006. Perencanaan pembangunan daerah juga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional yang diatur dalam UU No.25 Tahun 2004.

Berdasarkan semua peraturan tersebut, maka penetapan kebijakan alokasi anggaran dinas kesehatan dipengaruhi oleh komponen-komponen sebagai berikut, dan berdasarkan karakteristik masing-masing komponen ditempatkan sebagai komponen dan fungsi sistem, yaitu :

A. Input :

1. Program Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) daerah
2. Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Renstra dan Renja SKPD
3. Pokok-pokok pikiran DPRD
4. Usulan masyarakat melalui mekanisme musrenbang

B. Proses

1. Penyusunan Kebijakan Umum APBD (KU-APBD)
2. Penyusunan Prioritas dan Plafon Anggaran (PPA)
3. Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) SKPD
4. Penyusunan Rancangan APBD oleh Tim Anggaran Eksekutif
5. Pembahasan Rancangan APBD dengan Panitia Anggaran Legislatif

C. Output

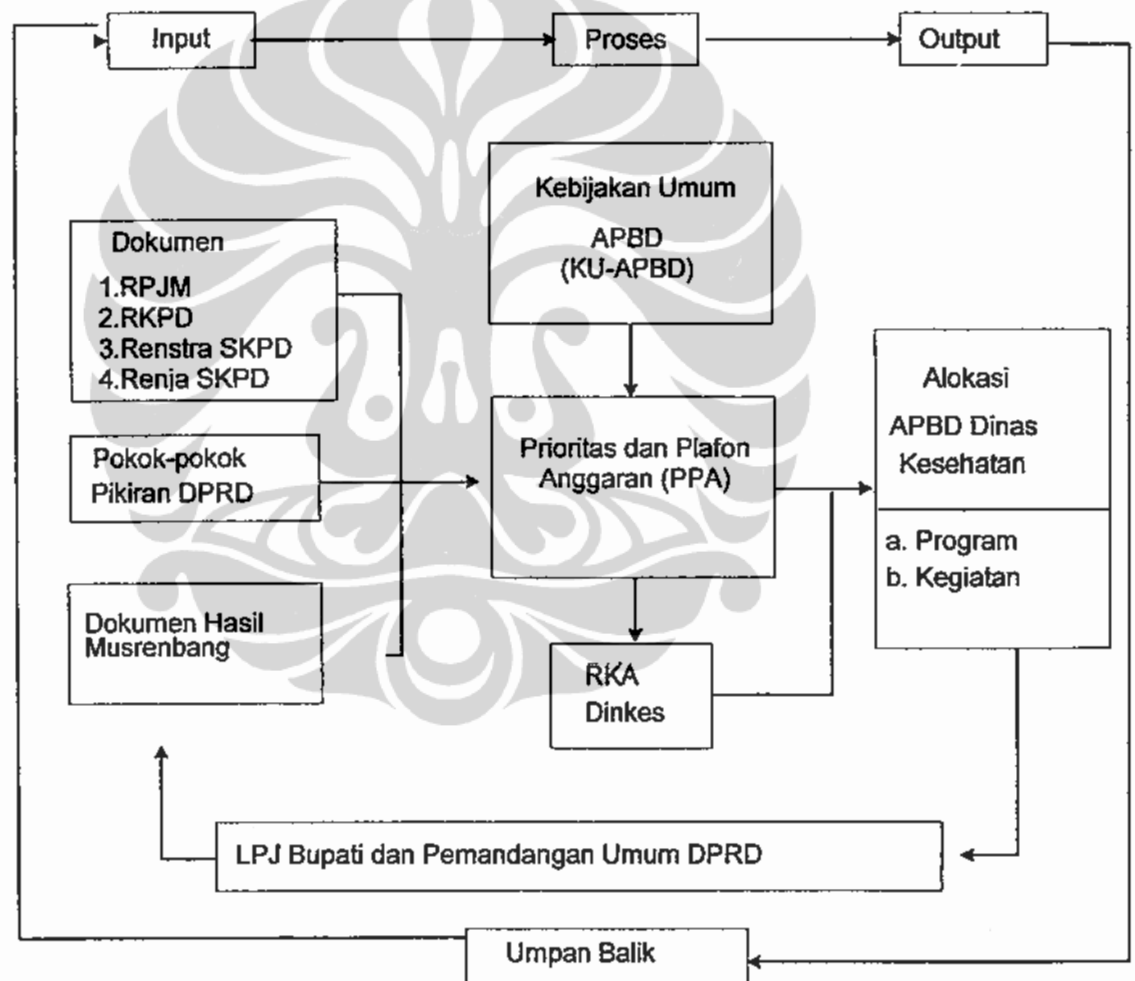
Alokasi anggaran bidang kesehatan dalam dokumen DPA Dinas Kesehatan

D. Umpan balik

1. Laporan Pertanggung Jawaban (LPJ) Bupati
2. Pemandangan Umum DPRD atas LPJ

Berdasarkan alur pikir tersebut dapat digambarkan Kerangka pikir sebagai berikut

Kerangka Pikir



Jadi dari uraian tersebut dapat digambarkan bahwa dalam penetapan anggaran kesehatan yang bersumber APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007 dipengaruhi

oleh 3 elemen kebijakan sesuai teori Walt dan Gilson *dalam* Walt, 2005, yang meliputi aktor, konteks, proses, dijelaskan disini sbb:

1. Aktor adalah : terdiri dari unsur eksekutif yaitu pemerintah daerah (dinas kesehatan, bagian keuangan dan pembangunan, Bappeda) dan unsur legislatif yaitu DPRD (komisi C). Faktor-faktor aktor yang mempengaruhi adalah : peran, komitmen, kemampuan advokasi, kemampuan penyusunan perencanaan, kepentingan dan kekuatan/kekuasaan dari setiap aktor.
2. Faktor-faktor konteks dari kebijakan anggaran kesehatan yang mempengaruhi :
 - UU Otonomi Daerah (UU No.32 tahun 2004, pasal 14 dan pasal 41) yaitu kesehatan merupakan kewenangan wajib dan hak budgetting DPRD.
 - Kebijakan lain dari Pemerintah Pusat maupun dari Propinsi dalam bidang kesehatan (misal KW SPM, Indikator Kabupaten Sehat, dsb)
 - Kebijakan daerah (visi dan misi kabupaten)
 - Kemampuan keuangan daerah (PAD)
 - Dana luar PAD (APBN, Dana Perimbangan, dan lain-lain pendapatan yang sah)
 - Prioritas pembangunan daerah
3. Faktor-faktor dari proses adalah proses penyusunan APBD yaitu mulai dari analisis situasi, identifikasi masalah, Prioritas dan Plafon Anggaran (PPA), kemudian menentukan RKA dan akhirnya menentukan rancangan APBD sampai menjadi DPA.

3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Content : Anggaran Dinas Kesehatan
Kabupaten Batanghari yang
Bersumber dari APBD Tahun 2007

Berdasarkan dari analisis kebijakan menurut
Walt dan Gilson, 1994 dalam Walt, 2005

Actors :

Faktor-faktor :

- peran dan komitmen
- kemampuan perencanaan
- kemampuan advokasi
- kepentingan
- kekuatan/kekuasaan

Context

Faktor-faktor konteks adalah :

- UU Otonomi Daerah (hak budgetting DPRD)
- Kebijakan lain dari atas (Pusat dan Propinsi) di bidang kesehatan
- Kebijakan daerah (visi-misi kepala daerah)
- Kemampuan keuangan daerah (PAD)
- Dana luar PAD
- Prioritas Pembangunan

Process : faktor-faktor proses :

- Penyusunan KU-APBD
- Penyusunan Prioritas Plafon Anggaran
- Penyusunan RKA-SKPD
- Penyusunan RAPBD
- Penetapan APBD-DPA SKPD

3.2. Definisi Istilah

Faktor Konten (*Content*) yaitu alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari adalah jumlah dana yang dialokasikan atau akan dipergunakan untuk melaksanakan atau menyelenggarakan kegiatan yang berhubungan dengan pembangunan bidang kesehatan di SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007. Sumber informasi adalah dokumen Rincian APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007.

Faktor-faktor yang termasuk Faktor Konteks (*Context*) yaitu :

1. Undang-undang Otonomi daerah adalah kebijakan dari pemerintah pusat untuk mengubah sistem pemerintahan yang sentralistik menjadi desentralistik dengan memberikan kewenangan penuh kepada daerah untuk mengatur pemerintahannya sendiri termasuk kewenangan dalam pembiayaan penyelenggaraan pemerintahannya. Kewenangan ini diatur dalam Undang-Undang No. 32 dan 33 tahun 2004. Di dalam UU No 32 pasal 14 menyebutkan bahwa kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah daerah kabupaten/kota dan pada pasal 41 yang menyebutkan bahwa fungsi DPRD adalah selain legislasi juga mempunyai hak menentukan anggaran (*budgetting*).
2. Kebijakan daerah (visi misi Kabupaten) adalah suatu ketentuan atau keputusan yang merupakan kesepakatan pemerintah daerah Kabupaten Batanghari yang diharapkan dan menjadi cita-cita semua masyarakat Kabupaten Batanghari. Kebijakan daerah ini terdapat di dalam dokumen RPJM Kabupaten Batanghari tahun 2006-2011 dan RKPD tahun 2007.

3. Kebijakan lain bidang kesehatan adalah suatu ketentuan atau peraturan lain dari pemerintah baik pemerintah pusat maupun propinsi dalam bidang kesehatan misal Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
4. Kemampuan keuangan daerah (PAD) adalah kesanggupan pemerintah Kabupaten Batanghari untuk menyediakan anggaran yang akan digunakan bagi penyelenggaraan pembangunan secara keseluruhan yang berasal dari pajak daerah, retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah, pengelolaan kekayaan daerah, serta lain-lain pendapatan daerah yang sah. Sumber informasi adalah Perda tentang APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.
5. Dana luar PAD adalah dana pemerintah daerah yang berasal dari pemerintah pusat yaitu Dana Perimbangan yang terdiri dari bagi hasil pajak dan bukan pajak, Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan pendapatan lain yang diperoleh melalui bantuan dana kontijensi atau penyeimbang dari pemerintah. Sumber informasi adalah Perda tentang APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.
6. Prioritas pembangunan daerah adalah suatu bidang atau sektor yang diutamakan dalam penyelenggaraan pengembangan wilayah Kabupaten Batanghari untuk mencapai tujuan atau visi yang telah ditetapkan. Sumber informasi adalah dokumen RKPD Kabupaten Batanghari tahun 2007 dan hasil wawancara mendalam dengan informan yaitu tim anggaran eksekutif dan legislatif

Faktor-faktor yang termasuk dalam Faktor Proses (*Process*) yaitu:

1. Penyusunan KU-APBD adalah proses penyusunan Kebijakan Umum APBD yang didasari oleh RKPD, hasil musrenbang tingkat desa, kecamatan sampai kabupaten,

pokok-pokok pikiran DPRD yang kemudian disepakati oleh Tim Anggaran Eksekutif dan Panitia Anggaran Legislatif yang memuat arah dan kebijakan umum pembangunan yang akan menjadi dasar penentuan Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan dan telaah dokumen KU-APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.

2. Penyusunan Prioritas dan Plafon Anggaran adalah proses penyusunan prioritas pembangunan yang akan dilakukan dengan perkiraan kemampuan anggaran yang dimiliki Kabupaten Batanghari disesuaikan dengan KU-APBD yang telah ditetapkan sebelumnya. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen PPA Kabupaten Batanghari tahun 2007.
3. Penyusunan RKA adalah proses penyusunan rencana program dan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh SKPD yang disertai besarnya biaya dalam satu tahun anggaran. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan di dinas kesehatan dan telaah dokumen RKA Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007.
4. Penyusunan Rancangan APBD dan penetapan APBD adalah proses penyusunan rancangan APBD yang kemudian dievaluasi oleh Tim Anggaran Eksekutif dan Panitia Anggaran Legislatif dan diketahui oleh Gubernur untuk kemudian ditetapkan menjadi APBD dalam bentuk Perda. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen Perda APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.

Faktor-faktor yang termasuk dalam Faktor Aktor (*Actors*) yaitu:

1. Peran adalah tugas pokok dan fungsi yang menjadi tanggung jawab informan yang ikut menentukan dalam proses perencanaan dan penganggaran kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen SK Bupati tentang Pembentukan Tim Anggaran Eksekutif tahun 2007.
2. Komitmen adalah pernyataan (*statement*) yang merupakan kesepakatan atau ketetapan dari para pengambil keputusan dalam menentukan alokasi anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD. Pengambil keputusan yang dimaksud adalah Tim Anggaran Eksekutif dan Panitia Anggaran Legislatif. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen Rincian APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007.
3. Kemampuan Advokasi adalah usaha pendekatan atau sosialisasi yang dilakukan oleh instansi dinas kesehatan kepada pihak penentu kebijakan untuk meyakinkan bahwa sektor kesehatan merupakan prioritas sehingga mendapat alokasi dana yang memadai dari APBD. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan dinas kesehatan, tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007.
4. Kemampuan penyusunan perencanaan adalah kemampuan dari dinas kesehatan dalam membuat perencanaan kegiatan yang bersumber APBD Kabupaten Batanghari yang terdokumentasi dalam dokumen RKA yang menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan alokasi dana dari APBD kabupaten. Sumber informasi adalah hasil

wawancara mendalam dengan informan dari dinas kesehatan, tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah dokumen RKA dan DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007.

5. Kepentingan adalah maksud atau tujuan yang menjadi perhatian dan menjadi latar belakang para aktor yang mempunyai kewenangan menentukan/ menetapkan kebijakan alokasi anggaran kesehatan. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif.
6. Kekuatan/kekuasaan adalah ukuran sumber daya yang dimiliki oleh para aktor yang mempunyai kewenangan menentukan/menetapkan alokasi anggaran kesehatan. Sumber informasi adalah hasil wawancara mendalam dengan informan tim anggaran eksekutif dan legislatif serta telaah SK Tim Anggaran Eksekutif tahun 2007.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif. Metode ini didasari oleh alasan konseptual, karena melalui pendekatan ini dapat diperoleh informasi yang mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pengalokasian anggaran kesehatan dan bagaimana pemanfaatan dana yang diperoleh dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Batanghari tahun 2007. Hasil dari wawancara mendalam ini merupakan data primer. Pengumpulan data sekunder dilakukan sebelum dilakukan wawancara mendalam dengan tujuan agar semua dokumen-dokumen daerah yang berkaitan dengan penelitian dapat dianalisis dengan program *Excel*.

Penelitian kualitatif lebih menekankan perhatian pada proses, bukan hasil atau produk (Creswell, 2003). Penelitian kualitatif tidak mementingkan besarnya populasi bahkan sangat terbatas, lebih ditekankan kedalaman (kualitas) bukan banyaknya (kuantitas). Sifatnya lebih subjektif dan hasilnya lebih kasuistik bukan untuk digeneralisasikan (Hariwijaya M., 2007).

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Muarabulian yang merupakan ibukota Kabupaten Batanghari, pada kantor Dinas Kesehatan, kantor Bappeda, kantor Sekretariat Daerah dan kantor DPRD. Pelaksanaan penelitian dilakukan selama

satu bulan meliputi pengumpulan data primer dan sekunder sampai penyajian data, pada awal bulan Maret sampai dengan awal bulan April tahun 2008.

4.3. Sumber Informasi

4.3.1. Prinsip Pemilihan Informan

Pada penelitian kualitatif prinsip pemilihan informan ini menurut proses penilaian cepat yaitu sebagai berikut :

1) Kesesuaian (*appropriateness*).

Informan dipilih berdasarkan kemampuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. Apabila belum mempunyai gambaran tentang siapa yang harus dipilih sebagai informan, maka peneliti mencari informan kunci (*key informan*), selanjutnya melalui informan kunci dapat dinyatakan informan selanjutnya sehingga informasi yang diperoleh dapat mencukupi kebutuhan penelitian. Kesesuaian ini dapat diketahui dari telaah dokumen yaitu SK Tim Anggaran Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari tahun 2007 dan Panitia Anggaran Legislatif.

2) Kecukupan (*adequacy*).

Data yang diperoleh dari informan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Dengan adanya variasi kategori dapat diharapkan informasi yang dikumpulkan akan bervariasi, sehingga dapat diperoleh gambaran dan fenomena yang sesungguhnya. Dalam penelitian ini jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama, akan tetapi kelengkapan data yang dipentingkan (FKM UI dan CIMU, 2000). Kecukupan data ini dapat diperoleh dengan mewawancarai informan yang terlibat dalam

proses penyusunan dan penetapan APBD baik dari kecamatan sampai ke kabupaten.

4.3.2. Informan Terpilih

Penelitian ini menggunakan informan yang berfungsi sebagai sumber untuk mendapat data dan informasi. Informan tersebut terdiri dari pejabat-pejabat struktural, yaitu : Kepala Bappeda, Kabid Litbang Bappeda, Kabag Keuangan, Kabag Pembangunan, Kasubbag Anggaran Kabupaten Batanghari dan selaku tim anggaran eksekutif, Kepala Bidang Promosi Kesehatan, Kepala Seksi Gizi Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari selaku instansi pengusul dan pengguna anggaran, Ketua DPRD Kabupaten Batanghari dan anggota DPRD yaitu Ketua Komisi C selaku panitia anggaran legislatif.

4.4. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah :

- 1) Untuk pengambilan data primer instrumen yang digunakan adalah format panduan wawancara mendalam dimana diharapkan akan diperoleh semua informasi yang dibutuhkan sehingga mencapai validitas dan realibilitas yang adekuat, dengan instrumen yang dibuat oleh peneliti sendiri (Moleong L, 2004). Adapun pedoman wawancara ini setelah dibuat diuji terlebih dahulu sehingga pertanyaan tersebut benar-benar membantu dan mengarahkan penelitian Pedoman wawancara ini kemudian dievaluasi apakah tingkat kesukaran pertanyaan, pemahaman atas pertanyaan dan secara etika dapat diterima. Setelah semua aspek dari pertanyaan dapat diterima, maka pedoman

wawancara ini dapat dipergunakan dalam penelitian, akan tetapi bila kurang dapat diterima maka harus dilakukan perbaikan pada pedoman wawancara tersebut. Pada saat wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan bantuan *tape recorder* sebagai alat perekam untuk dokumentasi hasil wawancara. Pada saat dilakukan wawancara juga perlu diperhatikan faktor-faktor subjektif yang dapat mempengaruhi hasil wawancara, antara lain; kesiapan pewawancara, situasi wawancara, kemauan dan kemampuan responden/informan, dan isi dari pedoman wawancara (Bachtiar A. dkk, 2005).

- 2) Untuk pengambilan data sekunder instrumen yang digunakan adalah daftar isian dengan *check list* yaitu memuat daftar dari dokumen-dokumen daerah yang didapat dan berkaitan dengan penelitian.

4.5. Tehnik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan dua macam kegiatan yang dilakukan secara bersama, yaitu data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap responden/informan dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, dan melakukan pengumpulan data sekunder melalui penelaahan dokumen-dokumen daerah yang berkaitan dengan penelitian ini.

Wawancara mendalam dilakukan kepada informan dengan bantuan pedoman wawancara yang telah dibuat dan dilakukan dengan memperhatikan faktor situasional dan kondisional dari informan agar terdapat saling percaya dan pengertian antara informan dan pewawancara yang bertujuan untuk meminimalisasi potensi bias dari penelitian ini.

Dokumen-dokumen yang dikumpulkan yang merupakan data sekunder sebagai bahan untuk menggali informasi yang berkaitan dengan penelitian antara lain adalah dokumen RKA dan DPA Dinas Kesehatan, RKPD, KU-APBD, RPJM dan Perda APBD Kabupaten Batanghari Tahun 2007.

4.6. Teknik Analisa Data

4.6.1. Pengolahan Data

Pengolahan data primer dilakukan dengan langkah :

- Mengumpulkan dan menelaah semua hasil wawancara mendalam.
- Membuat transkrip rekaman hasil wawancara mendalam segera setelah selesai wawancara.
- Melakukan reduksi data dengan cara membuat rangkuman inti dan menjaga agar pernyataan yang perlu tetap ada didalamnya.
- Melakukan kategorisasi pada data yang mempunyai karekteristik yang sama.
- Menyajikan ringkasan data dalam bentuk matriks.

Pengolahan data sekunder yaitu dengan melakukan analisis terhadap dokumen-dokumen daerah khususnya dokumen-dokumen keuangan untuk dilakukan perhitungan guna mendapatkan informasi tentang jumlah alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Batanghari yang bersumber APBD Tahun 2007 dengan menggunakan *software* program *Microsoft Excel* fasilitas menu *Data-Sort* untuk mengelompokkan data berdasarkan satuan kerja, nama kegiatan, sumber data, jenis mata anggaran, program, fungsi dan lain-lain. Adapun untuk merekapitulasi data digunakan menu *Data-Pivot Table and Pivot Chart Report*.

4.6.2. Validasi Data

Validasi/pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi yang meliputi :

1. Triangulasi Sumber

Menggunakan sumber berupa informan yang berbeda dengan maksud untuk melakukan *cross check* data, misalnya menggali informasi dari anggota DPRD dibandingkan dengan informasi dari Kepala Seksi Perencanaan dan Keuangan Dinas Kesehatan dan Kepala Sub Bidang Pengendalian Bappeda.

2. Triangulasi Metode

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data yaitu dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan melakukan telaah dokumen-dokumen pendukung lainnya yang berhubungan dengan penelitian.

3. Triangulasi Data

Melakukan analisa data oleh lebih dari satu orang dengan cara meminta umpan balik pada informan serta mengkonfirmasi hasil penelitian pada orang yang ahli (pembimbing) dalam interpretasi dan analisis data yang diperoleh untuk mendapatkan masukan, koreksi atas kesalahan dan menghindari subjektifitas peneliti dalam menganalisa data dengan tujuan meningkatkan kualitas analisis.

4.6.3. Penyajian Data

Data yang telah diperoleh disajikan dalam bentuk :

1. Data primer hasil wawancara mendalam yang direkam dipindahkan ke dalam form untuk masing-masing sumber informasi (informan), dibuat dalam matriks wawancara dan informasi yang dapat menjawab penelitian saja yang disajikan.
2. Data sekunder hasil telaah dokumen yang disajikan adalah yang sesuai dengan analisis kebijakan sesuai dengan *Policy Analysis Triangle*, yaitu yang mencakup ke empat faktor konten, konteks, aktor dan proses.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data sekunder dan data primer, data sekunder diperoleh melalui dokumen-dokumen daerah yang kemudian dilakukan telaah dokumen. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan yang telah ditentukan. Lokasi penelitian dilakukan di Kota Muarabulian sebagai pusat pemerintahan dan pelayanan administratif Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari.

5.1. Keterbatasan Penelitian.

Dalam pelaksanaan penelitian ini penulis telah melakukan upaya-upaya untuk menjaga kualitas hasil penelitian, namun dalam penelitian ini penulis tidak dapat menghindari beberapa hambatan yang dihadapi. Beberapa hambatan yang dihadapi penulis adalah dalam menjaga bias penelitian, dalam penelitian kualitatif sangat tergantung dari subjektifitas informan, dimana terdapat unsur kehati-hatian informan dalam memberikan jawaban, khususnya jawaban yang berdampak politis. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan dimana hal tersebut diluar kendali dari peneliti, namun berbagai upaya telah dilakukan untuk meminimalisasi dan menjaga agar data tetap valid diantaranya dengan melakukan triangulasi baik kepada sumber informan yang satu ke informan yang lain serta dengan melihat hasil telaah dan olahan dokumen. Keterbatasan penelitian lain adalah sebagai berikut :

1. Hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasi, hanya berlaku pada wilayah Kabupaten Batanghari.

2. Informan adalah para pejabat daerah yang memiliki banyak tugas dan waktu sangat terbatas sehingga wawancara dilakukan pada sore hari dimana tingkat kejenuhan mulai meningkat dan konsentrasi informan sudah mulai menurun.
3. Ditemukan kesulitan dalam memperoleh informasi yang betul-betul "akurat" karena data mengenai anggaran adalah data yang dianggap sensitif yang mempunyai dampak terhadap posisi/jabatan dari para informan.
4. Penelitian ini memfokuskan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran kesehatan yang bersumber pada APBD Kabupaten Batanghari sehingga tidak melakukan penelitian pada alokasi anggaran yang bersumber dari APBN, APBD Propinsi, Dana Dekonsentrasi dan dana lain yang berasal dari non pemerintah.

5.2. Gambaran Umum Kabupaten Batanghari.

Kabupaten Batanghari adalah salah satu daerah kabupaten yang ada di Provinsi Jambi, dan terletak di bagian tengah Provinsi Jambi. Secara geografis Kabupaten Batanghari terletak pada garis lintang 1°15 sampai dengan 2°2 Lintang Selatan, serta diantara garis bujur 102°-30' sampai dengan 104°-30' Bujur Timur.

Secara administratif Kabupaten Batanghari pada tahun 2004 berbatasan dengan:

- Sebelah Utara Kabupaten Tanjung Jabung Barat
- Sebelah Selatan Propinsi Sumatera Selatan dan Kabupaten Sarolangun
- Sebelah Barat Kabupaten Tebo dan Kabupaten Bangko
- Sebelah Timur Kabupaten Muaro Jambi

Luas wilayah Kabupaten Batanghari 5.180,35 km² atau sekitar 8,85% dari luas wilayah Propinsi Jambi. Secara administratif Kabupaten Batanghari memiliki 8

kecamatan yang terdiri dari 113 desa/kelurahan termasuk unit pemukiman transmigrasi.

Wilayah Kabupaten Batanghari secara umum adalah berupa daerah perbukitan dengan ketinggian berkisar antara 11 – 500 m dpl. Sebagian besar wilayah Kabupaten Batanghari berada pada Daerah Aliran Sungai (DAS) Sungai Batanghari dengan rawa-rawa yang sepanjang tahun tergenang air. Wilayah Kabupaten Batanghari dilalui oleh dua sungai besar yaitu Sungai Batang Tembesi dan Sungai Batanghari. Sungai Batanghari yang menjadi sungai utama dijadikan sebagai sumber kebutuhan air bersih dan sumber untuk pertanian sawah. Sungai Batanghari disamping dapat menghasilkan ikan, pertambangan pasir, batu juga digunakan sebagai prasarana transportasi, prasarana irigasi dan sumber air baku.

Menurut data BPS Kabupaten Batanghari tahun 2006 jumlah penduduk Kabupaten Batanghari berjumlah 217.935 jiwa yang terdiri dari 110.357 jiwa adalah laki-laki dan 112.614 jiwa adalah perempuan, dan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dalam kurun waktu 2001-2004 (sensus ke sensus) adalah 1,93% per tahun. Tingkat kepadatan penduduk adalah 41 orang / km².

Bupati Batanghari dan Wakil Bupati dalam menjalankan roda pembangunan membentuk Struktur Organisasi Perangkat Daerah (SOPD) Kabupaten Batanghari yang terdiri dari 14 dinas, 9 Lembaga Teknis Daerah, 8 kecamatan dan 13 desa/kelurahan. Lembaga legislatif Kabupaten Batanghari atau DPRD Kabupaten Batanghari beranggotakan 30 orang yang terdiri dari utusan Partai Golkar 7 orang, PPP 4 orang, PDI-P 4 orang, PKB 4 orang, PAN 4 orang, PBR 3 orang, Partai Karya Peduli Bangsa 2 orang, , Partai Demokrasi Kebangsaan 1 orang dan Partai Bulan Bintang 1 orang.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat menjadi salah satu perhatian Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari dengan mengeluarkan kebijakan menyediakan berbagai sarana kesehatan dan pengadaan tenaga-tenaga kesehatan dalam rangka memperbaiki kesejahteraan rakyat sekaligus upaya peningkatan mutu sumber daya manusia.

Kabupaten Batanghari memiliki fasilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari satu buah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) bertipe C, Puskesmas perawatan 4 buah, Puskesmas non perawatan 8 buah, Puskesmas pembantu 62 buah, Puskesmas keliling 15 buah, polindes 43 buah, sedangkan jumlah tenaga kesehatan terdiri dari dokter spesialis 5 orang, dokter umum 28 orang, dokter gigi 9 orang, apoteker 2 orang, bidan dan bidan desa 108 orang, tenaga paramedis (AKPER) 94 orang, SPK 140 orang, Sarjana Kesehatan Masyarakat 19 orang, S2 Kesehatan 5 orang. Rasio puskesmas terhadap penduduk menunjukkan satu puskesmas berbanding ±18.161 jiwa, ini disebabkan karena luasnya wilayah Kabupaten Batanghari.

5.3. Gambaran Umum Informan.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain penelitian kualitatif yang bertujuan untuk melakukan analisis kebijakan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi penetapan alokasi anggaran Dinas Kesehatan yang bersumber APBD.

Wawancara mendalam dilakukan terhadap 12 orang informan yang terdiri dari unsur pemerintah yang bertugas di kecamatan maupun kabupaten dan DPRD, yang terlibat dalam proses penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Batanghari, yaitu sebagai berikut :

Tabel 5.1.
Karakteristik Informan Penelitian

Kode	Lama kerja (Jabatan Terakhir)	Pendidikan Terakhir
P1	4 tahun	S2
P2	4 tahun	S2
P3	4 tahun	S1
P4	5 tahun	S1
P5	2 tahun	S1
P6	2 tahun	S1
P7	4 tahun	S1
P8	4 tahun	S2
P9	4 tahun	S2
P10	3 tahun	D3
P11	2 tahun	S1
P12	3 tahun	S1

5.4. Hasil Penelitian.

Dari hasil wawancara terhadap informan penelitian yang terlibat dalam proses penyusunan dan penetapan anggaran pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Batanghari, serta telaah dokumen perencanaan dan anggaran yang ada di dinas kesehatan dan di lingkungan pemerintah Kabupaten Batanghari diperoleh beberapa informasi mengenai pembangunan bidang kesehatan dalam APBD Kabupaten Batanghari pada tahun 2007

5.4.1. Proses Penyusunan Anggaran

Peraturan yang menjadi landasan hukum penyusunan dan penetapan APBD adalah : (1) UU No. 32 dan 33 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Perimbangan keuangan daerah dan pusat, (2) UU No. 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara, (3) UU No. 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan dan

Pembangunan Nasional (4) PP No. 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, (5) Permendagri No. 13 tahun 2006 serta Surat edaran bersama Menteri negara BPN/Kepala Bapenas dan Menteri Dalam Negeri Nomor : 1354/M.PPN/03/2004-050/744/SJ, tentang Pedoman Pelaksanaan Forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (musrenbang) dan Perencanaan Partisipatif Daerah, dimana mekanisme perencanaan pembangunan dilaksanakan secara benjenjang dari tingkat desa-kecamatan-kabupaten-kota/propinsi-nasional.

Tujuan utama mekanisme ini adalah memadukan usulan-usulan kegiatan pembangunan yang diaspirasikan masyarakat dengan usulan kegiatan pembangunan yang direncanakan oleh perangkat daerah dengan mengacu pada isu-isu strategis dan kebijakan anggaran, sebagai pedoman penetapan prioritas pembangunan dan pengalokasian anggaran dalam pencapaian tujuan dan sasaran pembangunan satu tahun.

Proses penyusunan anggaran pembangunan tingkat kecamatan dilakukan dalam forum musrenbang, yaitu forum musyawarah tahunan di tingkat kecamatan untuk mendapatkan masukan kegiatan prioritas dari desa/kelurahan serta menyepakati rencana kegiatan lintas desa/kelurahan di kecamatan sebagai dasar penyusunan Renja-SKPD Kabupaten. Forum musrenbang tingkat desa/kelurahan sebagian besar Di Kabupaten Batanghari jarang dilakukan.

Dalam forum musrenbang yang dilaksanakan di kecamatan, pesertanya adalah perwakilan dari desa/kelurahan yang masing-masing terdiri dari 2 orang yaitu kades/lurah dan BPD (Badan Perwakilan Desa), wakil organisasi masyarakat masing-masing diwakili 1 orang, tokoh masyarakat dan tokoh agama.

Nara sumber dalam penyelenggaraan musrenbang kecamatan adalah tim dari Bappeda, kepala unit pelayanan/cabang dari SKPD pada tingkat kecamatan dan anggota DPRD dari wilayah pemilihan kecamatan.

Hal ini terungkap seperti dijelaskan oleh informan P.7:

"Biasanya,..narasumber dari Kabupaten,..adalah tim dari Bappeda, Pimpinan Puskesmas, Kepala Sekolah, KUA,.. dan kita anggota DPRD yang dari daerah pemilihan Kecamatan kita,.. kita berupaya melibatkan semua komponen masyarakat yang ada di Kecamatan."

Dalam musrenbang kegiatan yang dilaksanakan adalah diskusi untuk menetapkan dan merangkum daftar prioritas kegiatan pembangunan sebagai bahan untuk dibahas dalam forum SKPD dan musrenbang Kabupaten, serta menyampaikan Berita Acara hasil musrenbang kepada anggota DPRD wilayah pemilihan kecamatan.

Tujuan dilaksanakannya musrenbang tingkat kecamatan adalah untuk membahas dan menyepakati hasil musrenbang dari tingkat desa yang menjadi prioritas kegiatan pembangunan yang dilaksanakan dan kegiatan pembangunan tingkat kecamatan yang belum tercakup dalam usulan dari desa/kelurahan, serta melakukan klasifikasi atas prioritas kegiatan pembangunan kecamatan sesuai dengan fungsi-fungsi SKPD. Hal ini terungkap dari informasi yang disampaikan oleh informan :

"Tujuannya adalah untuk menyepakati usulan kegiatan tahunan,..apa-apa yang diusulkan peserta, kita padukan dengan,.. daftar usulan Kecamatan yang telah di buat,.. apa yang menjadi prioritas pembangunan yang akan disepakati." (P10)

"Tujuannya,..ya,.. untuk membahas semua usulan dari Desa atau Kelurahan yang ada,.. juga ada kegiatan dari Kecamatan,..hasil evaluasi kita,.. kemudian kita mengklasifikasikan prioritas kegiatan pembangunan untuk Kecamatan,..kita sesuaikan dengan usulan unit-unit pelayanan yang ada di Kecamatan." (P11)

Dalam musrenbang tingkat kecamatan usulan kegiatan pembangunan yang disampaikan hanya berbentuk item-item rencana kegiatan atau program-program pembangunan, tidak menguraikan rincian biaya atau anggaran yang diperlukan. Hal ini terungkap seperti dijelaskan oleh informan :

... untuk bidang kesehatan yang diusulkan biasanya minta tenaga bidan atau pustu dan rehab sarana kesehatan,.. oleh sebab itu usulan dari Kecamatan ke Kabupaten banyak kegiatan-kegiatan pembangunan dan rehab gedung,.. karena masih banyak di Kecamatan ini,.. jalan-jalan desa yang belum diaspal,.. listrik belum masuk,.. rehab kantor desa,.. pustu dan polindes,.. hal ini semua menjadi usulan dari desa-desa.” (P12)

Camat mempunyai peranan sebagai koordinator dan penanggung jawab dalam kegiatan musrenbang kecamatan. Peran dari Dinas Kesehatan pun sangat menentukan agar usulan-usulan yang disampaikan tidak jauh menyimpang dari program yang ada di dinas kesehatan. Usulan-usulan yang dihimpun dari kecamatan akan dibahas dalam forum di dinas kesehatan pada rapat koordinasi oleh tim perencanaan dinas kesehatan.

Penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan yang dilaksanakan di Kabupaten Batanghari, mengacu kepada RPJM Kabupaten Batanghari 2006 – 2011, yang pelaksanaannya dilakukan dalam beberapa bentuk kegiatan, yaitu kegiatan penyusunan anggaran bidang kesehatan oleh dinas kesehatan Kabupaten Batanghari dan kegiatan penyusunan dan penetapan APBD Kabupaten Batanghari. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Penyusunan Anggaran Kesehatan oleh Dinas Kesehatan

Dalam proses penyusunan anggaran di dinas kesehatan dibentuk tim penyusun perencanaan dan penganggaran dinas kesehatan yang diketuai oleh kepala dinas kesehatan dan anggotanya terdiri atas pejabat struktural eselon III

yang ada di lingkungan organisasi dinas kesehatan Kabupaten Batanghari yaitu Kepala Bidang Promosi Kesehatan, Kepala Bidang Pemberantasan Penyakit menular/Penyehatan Lingkungan (P2M/PL), Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Kepala Bidang Kesehatan Keluarga, dan Kepala Bagian Tata Usaha Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari.

Di dalam struktur organisasi dinas kesehatan Kabupaten Batanghari sesuai Perda No.10 Tahun 2004 (lihat lampiran 12) tidak ada bidang maupun seksi yang mengelola khusus perencanaan dan penyusunan program, sehingga proses ini diawali dengan kegiatan pertemuan untuk menunjuk koordinator yang akan menghimpun semua usulan kegiatan/program dari tiap bidang dan seksi yang ada, pada tahun 2006 untuk menyusun anggaran tahun 2007 koordinator yang ditunjuk adalah Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan salah seorang staf seksi gizi. Setiap seksi menyusun prioritas masalah dengan memperhatikan usulan dari puskesmas/hasil musrenbang kecamatan, kemudian membuat format usulan rencana kegiatan, yang disampaikan kepada koordinator tersebut. Semua usulan tersebut dibahas oleh tim penyusunan perencanaan dan anggaran, hasil pembahasan tim ini dikonsultasikan kepada kepala dinas kesehatan, berdasarkan hasil kesepakatan tim dan kepala dinas, dibuat rekapitulasi Renja SKPD Dinas Kesehatan, yang akan dijadikan bahan oleh kepala dinas dalam pertemuan musrenbang tingkat kabupaten.

Hal ini terungkap seperti dijelaskan oleh informan P. 8 dan informan P.9:

..., diawali dengan pertemuan-pertemuan di tingkat...ee...di Dinas Kesehatan ini,..untuk menyusun anggaran,..Setiap Seksi itu kita anjurkan untuk menyusun usulan rencana kegiatan itu, dengan memperhatikan permasalahan itu tadi.juga harus berpedoman dengan Standar Pelayanan Minimal atau SPM. Bidang

kesehatan dan memiliki indikator yang dapat diukur keberhasilannya,..demikian juga kepada Pimpinan Puskesmas diseluruh Kabupaten Batanghari ini,..nantinya usulan-usulan tersebut,. kita sampaikan ke Bappeda,..dari usulan yang disampaikan oleh setiap Seksi dan usulan Puskesmas, direkap dalam format Rencana Kerja Anggaran /RKA oleh Koordinator Perencanaan yang hasilnya dipaparkan dalam kegiatan pembahasan usulan kegiatan tersebut, dimana dalam forum ini,..kita melakukan kajian-kajian dan diskusi untuk menentukan prioritas kegiatan yang akan kita sampaikan ke Bappeda yakni dalam Musrenbang Kabupaten Batanghari.” (P8)

.., yaitu proses penyusunan perencanaan dan penganggaran,.. disitu dituangkan dalam rapat antar seksi di Dinas Kesehatan,. Dikoordinir oleh Kabid Promkes dan Staf Seksi Gizi ... hal ini oleh karena tidak ada Seksi Perencanaan ...ini langsung diajukan oleh Kepala Dinas,..didampingi oleh koordinator yang ditunjuk untuk Penyusunan Program, nah koordinator ini biasanya ..memaparkan di depan seksi-seksi,..analisis situasi permasalahan sehingga dia merekomendasikan,..permasalahan secara Kabupaten itu apa, nah anggaran keluar itu nantinya akan dibahas dalam kegiatan Musrenbang,. kegiatan Musrenbang ini Kepala Dinas yang paparan,..nah disitu Bappeda, dia mensinkronkan usulan kita itu,.. sesuai tidak dengan prosedur,..yaitu dengan Permen 13,..jadi kode kegiatan,kegiatan apa ...tujuannya apa,..sasarannya apa,..dananya berapa,..pada saat ini kegiatan belum dipagukan berapa dananya yang akan dikeluarkan,..berapa dana yang akan direalisasikan,, namun kegiatan itu sebagai awal untuk menetapkan kebijakan umum APBD.” (P9)

b. Penyusunan dan Penetapan APBD

Proses penyusunan dan penetapan APBD Kabupaten Batanghari diawali dengan kegiatan musrenbang tingkat kabupaten, dimana kepala dinas kesehatan yang merupakan salah satu SKPD di Kabupaten Batanghari, memaparkan program kerjanya dihadapan forum musrenbang, yaitu Bupati Kepala Daerah Kabupaten Batanghari, Tim Anggaran Eksekutif dan Panitia Anggaran Legislatif, Pimpinan SKPD, Camat, Wakil Organisasi Kemasyarakatan, pemuka-pemuka masyarakat se-Kabupaten Batanghari, kemudian paparan yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan, ditanggapi dan dibahas oleh peserta forum musrenbang.

Hasil dari pembahasan program kerja dinas kesehatan dalam forum musrenbang, oleh tim anggaran eksekutif diusulkan ke DPRD Kabupaten Batanghari dalam bentuk RKPD untuk dibahas bersama antara tim anggaran eksekutif, hasil dari pembahasan RKPD tersebut digunakan untuk menetapkan Kebijakan Umum Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah yang ditetapkan dengan persetujuan DPRD.

KU-APBD yang telah ditetapkan menjadi acuan oleh tim anggaran eksekutif dalam penyusunan PPAS, dalam kegiatan penyusunan PPAS ini dilakukan dalam beberapa tahapan, tahapan pertama adalah pembahasan bersama antara tim anggaran eksekutif dengan tim penyusun anggaran dinas kesehatan, setelah selesai dibahas tahap selanjutnya adalah pembahasan dengan panitia anggaran legislatif.

PPAS yang telah melalui pembahasan bersama antar tim penyusunan anggaran dinas kesehatan dengan tim anggaran eksekutif, kemudian dibahas kembali dengan panitia anggaran DPRD atau dipurnakan untuk selanjutnya disahkan oleh Ketua DPRD Kabupaten Batanghari dan Bupati Kepala Daerah Kabupaten Batanghari menjadi PPA. PPA merupakan dasar penyusunan Rancangan APBD. Rancangan APBD adalah merupakan gabungan dari RKA dari semua SKPD yang ada di kabupaten. Rancangan APBD kemudian setelah melalui persidangan/ pembahasan dan persetujuan DPRD akan ditetapkan menjadi APBD dalam bentuk Peraturan Daerah.

Hal ini terungkap seperti dijelaskan oleh beberapa informan yaitu informan P.2 dan informan P.8 serta informan P. 9 :

..., terakhir untuk tingkat Kabupaten,.. kita melaksanakan Musrenbang Tingkat Kabupaten,.. kita mengundang seluruh stakeholder dalam perencanaan dan penganggaran APBD Kabupaten,..dimana kita disini hanya memfinalisasikan dan kita mensinkronkan di bidang perencanaan dan penganggaran ini ..kemudian tahap berikutnya masing-masing dinas, termasuk Dinas Kesehatan itu memaparkan program kerjanya di depan Bupati dan Tim anggaran eksekutif,..nah setelah itu semua dilakukan,..maka kita mengusulkan program yang sudah dilaksanakan, termasuk Dinas Kesehatan ke DPRD Kabupaten Batanghari,.. untuk dibahas di panitia anggaran legislatif,.. setelah dilakukan tahapan-tahapan,.. ee terakhir ee,.. dipurnakan untuk disyahkan." (P2)

Hasil Musrenbang ini digunakan dalam penyusunan Kebijakan Umum APBD/KU-APBD,.. untuk menentukan prioritas & Plapon Anggaran Sementara/PPAS yang dibahas oleh Tim Anggaran Eksekutif yang diketuai oleh SEKDA, biasanya disini Kepala Dinas memaparkan usulan anggaran kepada Bupati. Kemudian setelah melalui proses diskusi keluarlah Penetapan Plapon Anggaran / PPA, yang selanjutnya dibahas bersama Tim Anggaran Legislatif,.. bila telah ada kesepakatan antara eksekutif dan legislatif PPA difinalkan dan disyahkan." (P8)

...nah biasanya kegiatan Musrenbang ini Kepala Dinas yang paparan,.. itu menunggu jadwal yang ditetapkan oleh Bappeda. Bappeda mensinkronkan usulan kita itu,.. sesuai tidak dengan prosedur,..yaitu dengan Permen 13,.. jadi kode kegiatan, kegiatan apa,..tujuannya apa, sasarannya apa,..dananya berapa,..pada saat ini kegiatan belum dipagukan berapa dananya yang akan dikeluarkan,..berapa dana yang akan direalisasikan,.. namun kegiatan itu sebagai awal untuk menetapkan kebijakan umum APBD, setelah anggaran KU-APBD ini ditetapkan,..arah kemana,..barulah disusun rencana anggaran sementara,..PPAS,..plapon tersedia, dari APBD,.. maka dana itu tadi,.. Dinas Kesehatan diundang lagi,..untuk membahas,..untuk pengurangan dana,..nah disitulah terjadi debat,.. atau terjadi justifikasi,..alasan-alasan untuk mempertahankan program,..disitu Bappeda dengan Tim mendapat wewenang dari Bupati untuk melakukan penyisiran,..nah setelah selesai PPAS,..berarti pihak eksekutif udah final,..nah sekarang memfinalkannya lagi dalam bentuk Perda,..yaitu dalam pembahasan dengan DPR,..DPR ini alot,..pembahasan di DPR,..pertama dimulai,..pembahasan di Komisi C,..disitulah biasanya diadakan del-del, kegiatan,..menampung aspirasi yang ditampung oleh DPR,..dirangsum dengan kegiatan kita,..apakah semua sudah tercover atau belum,..setelah selesai kegiatan di Komisi,..biasanya dibahas dalam kegiatan anggaran, di panitia anggaran,.. terjadi serangan-serangan dari DPR,..karena dia membawa secara politis dari Pemda juga membawa kemampuan daerah,..nah disinilah akhirnya PPA,..PPA itu akhirnya pada panggar,..setelah final di panggar,..pada pleno,..rapat DPR,..tinggal ngetok paku lagi,.. bahwa anggaran kita sudah selesai,..itu,..maka keluarlah PERDA,..pada tahun 2007 Perda kita No.10 tahun 2007 itu adalah PERDA tentang penetapan anggaran APBD." (P9)

Dari telaah dokumen diketahui bahwa dalam proses perencanaan dan penganggaran pembangunan bidang kesehatan terjadi beberapa kali perubahan anggaran biaya pembangunan bidang kesehatan yang disampaikan kepada koordinator perencanaan daerah yaitu Bappeda Kabupaten Batanghari, setelah melalui proses perencanaan dan penganggaran biaya pembangunan yang dilakukan oleh tim anggaran eksekutif dan tim anggaran legislatif, anggaran biaya pembangunan bidang kesehatan hanya terealisasi Rp. 26.716.419.250,00. Terjadinya perubahan pada saat usulan biaya pembangunan disampaikan dalam forum pembahasan anggaran oleh tim anggaran pemerintah daerah/eksekutif, sebelum usulan dibawa dalam kegiatan musrenbang tingkat kabupaten. Hal ini terjadi setelah diketahuinya perkiraan kemampuan keuangan daerah untuk pembangunan dalam APBD Kabupaten Batanghari.

Berdasarkan telaah dokumen APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007, yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah Kabupaten Batanghari Nomor: 10 Tahun 2007, tanggal 16 Februari Tahun 2007, dimana penjabarannya diatur dengan peraturan Bupati Batanghari Nomor: 5 Tahun 2007 tanggal 16 Februari Tahun 2007, dengan jumlah total anggaran adalah sebesar Rp.429.291.406.382,99 Untuk belanja langsung Kabupaten Batanghari sebesar Rp.245.796.111.384,99 Adapun alokasi per bidang dapat dilihat pada Tabel 5.2.

Dari tabel tersebut, dapat diketahui bahwa alokasi APBD untuk biaya pembangunan yang terbesar/urutan pertama dialokasikan untuk Bidang Pekerjaan Umum yaitu sebesar Rp. 85.318.828.602,00 kemudian urutan kedua Bidang Pemerintahan Umum yakni sebesar Rp.57.731.491.898,54,00 urutan ketiga ditempati

oleh Bidang Pendidikan yaitu sebesar Rp.27.662.950.889,00 urutan keempat adalah Bidang Pertanian sebesar Rp.25.434.280.970,95 dan Bidang Kesehatan pada urutan kelima sebesar Rp.13.210.900.700,00

Dinas kesehatan dalam APBD Kabupaten Batanghari mendapat alokasi hanya 5,37% dari alokasi dana pembangunan dalam APBD dan menempati urutan ke-lima dari bidang-bidang pembangunan yang ada di Kabupaten Batanghari. Hal ini menunjukkan prioritas pembangunan di Kabupaten Batanghari adalah pembangunan Bidang Pekerjaan Umum/Pemukiman dan Tata Ruang seperti pembangunan/rehabilitasi jalan, irigasi, perkantoran dan sarana infrastruktur dasar lainnya, dengan presentase sebesar 34,71% dari total anggaran belanja langsung APBD Kabupaten Batanghari Tahun 2007.

Tabel 5.2.
Rincian alokasi dana per bidang pemerintahan untuk belanja langsung dalam APBD Kab. Batanghari Tahun 2007

No	Bidang Pemerintahan	Alokasi Belanja Langsung dalam APBD (Rp)	(%)
1	Pekerjaan Umum	85.318.828.602,00	34,71
2	Pemerintahan umum	57.731.491.898,00	18,13
3	Pendidikan	27.662.950.889,00	11,25
4	Pertanian	25.434.280.970,00	10,35
5	Kesehatan	13.210.900.700,00	5,37
6	Kepegawaian	4.847.575.350,00	1,97
7	Kesatuan bangsa dan politik dalam negeri	4.594.471.850,00	1,87
8	Perencanaan pembangunan	4.574.121.361,00	1,86
9	Kehutanan	4.048.327.125,00	1,64
10	Pemberdayaan masyarakat desa	3.916.071.950,00	1,59
11	Koperasi dan usaha kecil menengah	2.182.146.400,00	0,89
12	Perhubungan	1.811.007.143,00	0,74
13	Kependudukan dan catatan sipil	1.722.471.900,00	0,70
14	Social	1.138.137.700,00	0,46
15	Energi dan sumber daya mineral	829.045.000,00	0,33
16	Tenaga kerja	725.760.850,00	0,29
17	Komunikasi dan informatika	669.220.550,00	0,27

Sumber: Ringkasan APBD Kab.Batanghari tahun 2007.

5.4.2. Aktor Yang Terlibat Dalam Proses Penyusunan Anggaran .

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa didalam proses penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Batanghari para aktor yang terlibat dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.3.
Matrik Aktor Yang Terlibat Dalam Proses Penyusunan Anggaran

No	Unit Analisis	Aktor Yang Terlibat	Keterangan
1	Tim Anggaran Eksekutif	Bupati	Pengarah
		Sekretaris Daerah	Ketua
		Kepala Bappeda	Wakil Ketua
		Ka.Bag Keuangan	Sekretaris
		Asisten Administrasi	Anggota
		Ka. Dispenda	Anggota
		Ka.Bag Pembangunan	Anggota
		Ka.Bag Perlengkapan	Anggota
		Ka.Bag Hukum	Anggota
		Ka.Bid Litbang Bappeda	Anggota
		Ka.Subbag Pengadaan Bag. Perlengkapan	Anggota
		Ka.Subbag Anggaran	Anggota
2	Panitia Anggaran Legislatif	Ketua DPRD	Pengarah
		Ketua Panggar	Ketua Tim
		Ketua Komisi C	Anggota
		Anggota Panggar	Anggota
3	Dinas Kesehatan	Kepala Dinas	Penanggung Jawab
		Pejabat Eselon III	Anggota Tim Penyusun
		Ka. Bid Promkes	Koordinator

Sumber: SK Tim Anggaran Pemerintah Daerah Kab. Batanghari Tahun 2007

5.4.3. Peran Aktor Dalam Proses Penyusunan Anggaran

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan dan telaah dokumen, diperoleh informasi bahwa semua informan menyatakan peran yang dilakukan oleh masing-masing informan sesuai dengan tupoksi (tugas pokok dan fungsi) masing-masing informan pada bidang pekerjaannya. Beberapa informan menyatakan perannya sebagai berikut :

“ Kami hanya menangani yang sudah ditetapkan dalam APBD sedangkan penentuan alokasinya adalah oleh Bappeda. Jadi kami hanya pengumpul berdasarkan alokatif yang sudah ada, kemudian didistribusikan sesuai yang telah di-Perdakan.” (P3)

“ Tugas kami adalah menyortir usulan-usulan yang disampaikan dari teman-teman SKPD disesuaikan dengan prioritas pembangunan dalam RPJM, RKPD dan Renja SKPD sendiri juga kemudian disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah yang ada.” (P2)

“ Peran legislatif memang sangat menentukan karena melakukan pembahasan pada saat sebelum ditetapkan menjadi APBD (Rancangan APBD), yaitu mensinkronkan pokok-pokok pikiran di legislatif dan eksekutif yang akan menghasilkan program-program kerja yang menjadi prioritas sesuai KU-APBD disamping itu DPRD mempunyai hak budgeting yang membahas persoalan anggaran pada tingkat kabupaten.” (P6)

Tupoksi para aktor yang terlibat dalam penyusunan anggaran bidang kesehatan yaitu seperti yang diuraikan dalam matrik tabel sebagai berikut :

Tabel 5.4.
Tugas Pokok dan Fungsi Aktor Yang Terlibat Dalam
Proses Penyusunan Anggaran

Aktor	Tupoksi
Sekretaris Daerah	<p>Sebagai Ketua Tim Anggaran Eksekutif yang bertugas :</p> <p>Menyiapkan dan Menyusun RKPD, KU-APBD, PPAS dan APBD, serta melakukan koordinasi dengan pihak terkait dalam rangka penyusunannya. Dalam pelaksanaannya Sekda bertindak selaku koordinator pengelolaan keuangan daerah, yang mempunyai tugas koordinasi di bidang : Penyusunan dan pelaksanaan pengelolaan APBD ; kebijakan pengelolaan barang daerah ; penyusunan rancangan APBD dan rancangan perubahan APBD ; penyusunan Raperda APBD ; Perubahan APBD dan pertanggungjawaban pelaksanaan APBD ; tugas-tugas pejabat perencana daerah ; dan penyusunan laporan keuangan daerah dalam rangka pertanggungjawaban pelaksanaan APBD.</p>
Kepala Bappeda	<p>Membantu Bupati dalam bidang perencanaan termasuk bidang kesehatan (Keputusan Bupati No.218 Tahun 2007) antara lain : Mempersiapkan penyusunan rencana dan program pembangunan kesehatan, mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program pembangunan bidang</p>

	<i>kesehatan, mendata dan membahas usulan program yang diajukan Dinas Kesehatan dan Stakeholder di bidang kesehatan.</i>
Kabag Keuangan	<i>Menyusun rancangan KU-APBD, menyampaikan kondisi keuangan daerah pada Tim Anggaran, menghitung / menjabarkan rincian APBD Kabupaten Batanghari</i>
Kabag Pembangunan	<i>Menkoordinasikan program pembangunan yang akan dilaksanakan oleh setiap SKPD</i>
Kabidlitbang Bappeda	<i>Menyeleksi usulan Dinas Kesehatan, mensinkronkan program-program, menentukan prioritas-prioritasnya,..menganalisa usulan-usulan,..bersama dengan tim perencana dinas kesehatan</i>
Ketua DPRD	<i>Memutuskan dan menetapkan KU-APBD, PPA, dan APBD</i>
Ketua Komisi C	<i>Menyusun Kebijakan Umum APBD, Prioritas Plapon Anggaran dan Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah</i>
Kepala Dinkes	<i>Menyusun dan mengusulkan RKA-SKPD unit kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari. Bertanggung jawab terhadap program-program pembangunan bidang kesehatan</i>
Kabid Promkes Dinkes	<i>Mempersiapkan dan menyusun perencanaan unit kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari, mengkoordinasikan usulan rencana kegiatan dari jajaran pelaksana program / puskesmas, menyampaikan usulan rencana pembangunan pada unit yang terkait/ Bappeda, membahas usulan rencana pembangunan dengan Panitia anggaran.</i>
Anggota Tim Anggaran Eksekutif	<i>Membantu dalam menyiapkan, menyusun perencanaan anggaran pembangunan yang akan dilaksanakan disesuaikan dengan perkiraan kemampuan keuangan daerah untuk tahun anggaran 2007</i>
Anggota Panitia Legislatif	<i>Membantu dalam menyeleksi usulan KU-APBD, PPAS, dan Rancangan APBD yang disampaikan Tim Anggaran Eksekutif</i>
Camat	<i>Penanggung jawab dalam pelaksanaan musrenbang kecamatan, mengkoordinasikan usulan rencana kegiatan dari setiap instansi yang ada di kecamatan, menyampaikan usulan rencana pembangunan kecamatan pada unit yang terkait (Bappeda)</i>

Sumber : SK Tim Anggaran Pemerintah Daerah Kab. Batanghari Tahun 2007

Dari matrik / tabel diatas dapat diketahui tugas pokok dan fungsi para aktor yang terlibat dalam penyusunan anggaran, hal ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi pengaruh kekuatan dan kepemimpinan (kekuasaan) para aktor dalam penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan, dalam hal ini penulis melakukan pemberian nilai/skoring pada setiap informan.

Untuk menentukan pengaruh aktor dapat dilihat dari peran dan fungsinya dalam mempengaruhi keberhasilan dan menentukan kebijakan, sedangkan dalam menentukan kekuasaan aktor dalam kemampuan untuk melakukan tindakan yang menentang atau mendukung kebijakan dapat dilihat dari jabatan yang dimiliki dan jaringan sosial dan politik yang dimiliki para aktor.

Penentuan Skoring/Nilai Aktor : (DFID, 2002)

1. Pengaruh /Kekuatan Aktor.

Nilai Pengaruh /kekuatan (1) = Tidak memiliki pengaruh/kekuatan

(adalah para aktor yang peran dan fungsinya dalam penyusunan penganggaran sebagai pengusul rencana kegiatan)

Nilai Pengaruh/kekuatan (2) = Pengaruh/kekuatan Rendah

(adalah) para aktor yang peran dan fungsinya dalam penyusunan penganggaran sebagai anggota tim yang mengkoordinasikan, merumuskan dan mengevaluasi usulan-usulan kegiatan/program)

Nilai Pengaruh / kekuatan(3) = Pengaruh / kekuatan Tinggi

(adalah para aktor yang peran dan fungsinya dalam penyusunan penganggaran sebagai Penanggung jawab/Ketua dan Sekretaris Tim Anggaran)

2. Kepemimpinan /kekuasaan Aktor.

Nilai Kepemimpinan /kekuasaan (1)= Bukan sebagai pemimpin

(adalah para aktor yang tidak memiliki jabatan sebagai pemimpin dan tidak memiliki kekuasaan dalam jaringan sosial politik di masyarakat)

Nilai Kepemimpinan /kekuasaan (2) = Kepemimpinan/ Kekuasaan Rendah

(adalah para aktor yang memiliki jabatan sebagai staff pelaksana dan tidak memiliki kekuasaan dalam jaringan sosial dan politik di masyarakat)

Nilai Kepemimpinan/ kekuasaan (3) = Kepemimpinan / Kekuasaan Tinggi

(adalah para aktor yang memiliki jabatan tinggi (sebagai ketua) dan memiliki kekuasaan dalam jaringan sosial dan politik di masyarakat.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pengaruh/kekuatan dan kepemimpinan/kekuasaan para aktor dapat dilihat dari tabel skoring/penilaian sebagai berikut :

Tabel. 5.5.
Kekuatan dan Kekuasaan Aktor Dalam Proses Penyusunan Anggaran

Aktor	Skoring/Nilai Kekuatan Aktor	Skoring/Nilai Kekuasaan Aktor
Sekretaris Daerah	3	3
Kepala Bappeda	3	3
Kabag. Keuangan	3	3
Kabag. Pembangunan	3	3
Kabidlitbang Bappeda	2	2
Kasubag Anggaran	2	2
Ketua DPRD	3	3
Ketua Komisi C	2	2
Kepala Din Kes	1	1
Koordinator Dinkes	1	1
Anggota Panitia Legislatif	2	2
Anggota Tim Eksekutif	2	2
Camat	1	1

1. Para aktor yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai Penanggung Jawab/Ketua dan sekretaris tim anggaran dalam proses penyusunan anggaran,

dalam hal ini dapat dikelompokkan sebagai informan yang memiliki pengaruh kekuatan dan kekuasaan yang tinggi yaitu adalah: Sekretaris Daerah, Kepala Bappeda, Kabag Keuangan, Kabag Pembangunan, dan Ketua DPRD.

2. Para aktor yang mempunyai tugas pokok dan fungsi, sebagai anggota tim yang mengkoordinasikan, merumuskan dan mengevaluasi usulan-usulan kegiatan/program, dalam hal ini dapat dikelompokkan sebagai informan yang memiliki pengaruh kekuatan dan kekuasaan yang rendah yaitu adalah : Kabidlitbang Bappeda, Kasubag Anggaran, Ketua Komisi C DPRD, Anggota Tim Anggaran Eksekutif, dan Anggota Panitia Anggaran Legislatif .
3. Para aktor yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai penyusun perencanaan dan menyampaikan usulan-usulan program, dalam hal ini dapat dikelompokkan sebagai informan yang tidak memiliki pengaruh kekuatan dan kekuasaan yaitu adalah : Kepala Dinas Kesehatan, Koordinator Perencanaan Dinas Kesehatan, dan Camat.

5.4.3. Komitmen

Informasi mengenai komitmen para aktor terhadap pembangunan kesehatan hanya diambil/digali dari informan yang bekerja diluar instansi sektor kesehatan. Dari sisi komitmen didapat informasi bahwa sebagian besar informan menyatakan adanya komitmen pada bidang kesehatan, namun demikian komitmen ini tidak diwujudkan dengan realisasi alokasi anggaran kesehatan yang sesuai kesepakatan 15% disebabkan karena kemampuan daerah yang belum memadai. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, diperoleh informasi mengenai pemahaman para

aktor yang terlibat dalam penyusunan anggaran bidang kesehatan, yaitu sebagai berikut :

"Pembangunan itu akan dapat terlaksana dengan baik kalau derajat kesehatan masyarakat itu memadai,..ya,..proses pembangunan,..jalannya pemerintahan, kemudian kehidupan sosial kemasyarakatan itu,..itu akan dapat berjalan kalau derajat kesehatannya itu memang memadai. Memang tadi sudah saya jelaskan, bahwa baik pendidikan maupun kesehatan mendapat porsi lebih 15%, tetapi dikarenakan kemampuan dana APBD nya,..yang penting dahulu,..sarana perhubungan atau infrastruktur dasar ini, ya untuk menjangkau dari suatu kecamatan ke kecamatan lain itu berjalan dengan baik, tidak ada gunanya kita sediakan sarana dan tenaga kesehatan kalau jalan untuk mencapainya tidak ada.Otomatis porsi untuk bidang kesehatan belum sesuai dengan yang kita harapkan,..tetapi secara pribadi,..memang bidang kesehatan harus mendapat porsi yang lebih besar." (P1)

"Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan Arah Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kabupaten Batanghari." (P2)

"Pembangunan bidang kesehatan,.. merupakan salah satu urusan wajib dalam pembangunan,.. artinya kesehatan itu merupakan hak rakyat untuk hidup sehat,.. selain bidang lainnya,pendidikan, perekonomian,.. pembangunan kesehatan,.. merupakan upaya untuk mensejahterakan rakyat, tapi bila bicara mengenai anggaran tergantung kebijakan daerah karena ada dinamika atau interaksi dari pihak yang terkait, terutama dengan Dewan." (P3)

"Ya,.. karena seperti kita ketahui,..bahwa kesehatan itu kan,..kebutuhan dasar,..ya,..kalau kita sehat,..kan kita bisa bekerja dengan baik,..untuk itulah,.. kita memprioritaskan pembangunan bidang kesehatan,.. karena merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh pemerintah, sehingga nantinya masyarakat jangan terjadi wabah penyakit kita menyediakan sarana dan petugas yang memadai di tiap desa termasuk sarana infrastruktur/ jalan yang masih menjadi masalah kita di Kabupaten Batanghari." (P4)

"Pembangunan bidang kesehatan,.. jelas merupakan program wajib yang harus mendapat prioritas,..dalam RPJM,..kesehatan termasuk prioritas utama,..salah satu arahan pusat,..merupakan agenda pembangunan daerah, yaitu agenda peningkatan pelayanan publik,..termasuk pendidikan,..selain itu pembangunan kesehatan merupakan,..kepentingan hajat hidup orang banyak,..semua orang ingin hidup sehat,..oleh karena itu pemerintah berupaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat,..melalui program-program pembangunan kesehatan." (P5)

"Kalau pandangan kita pembangunan tentang kesehatan itu, pembangunan yang menyangkut hakekat hidup masyarakat,..ya,..dan kalau kita lihat dari undang-undang dasar kita dan peraturan perundang-undangan,..pelayanan

kesehatan itu sudah menjadi hak warga masyarakat terutama penduduk Republik Indonesia,..hak azazi yang sangat pundamental.”(P7)

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa pemahaman dari informan tentang pembangunan kesehatan hanya sebatas bahwa pembangunan kesehatan merupakan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh pemerintah tanpa dapat menjelaskan upaya-upaya pembangunan kesehatan yang akan diwujudkan sesuai dengan standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota.

Dalam hal komitmen terhadap pembangunan kesehatan di Kabupaten Batanghari beberapa informan menyatakan pendapat sebagai berikut :

”...ya kalau kita lihat pembangunan yang dilaksanakan di kabupaten kita yaitu pembangunan infrastruktur, pendidikan, kesehatan dan program pengentasan kemiskinan, ...jadi kita tidak dapat mementingkan salah satu sektor saja. Selama ini menurut saya pemerintah daerah telah mengalokasikan dana untuk pembangunan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya, memang untuk pembangunan fisik, infrastruktur lebih besar tapi kita tetap mengutamakan pembangunan kesehatan.”(P1)

“Ehm..saya kira,.kalau untuk semua kebijakan kita sudah komitmen antara eksekutif dan legislatif yang kita tuangkan dalam kebijakan umum APBD. Jadi target-target yang ada di APBD itu sudah kita penuhi, untuk sektor pendidikan, kesehatan sudah kita alokasikan. Dan kesehatan disini kan bukan hanya yang ada di Dinkes, dan selain APBD kan ada dana lain untuk kesehatan. Kalau 15% saya tidak tahu bentuk aturannya seperti apa.Pendidikan ada undang-undangnya 20%, dan kita sudah penuhi.Hanya karea tingkat permasalahan kita memang cukup banyak dan dana kita tidak mencukupi itulah.” (P6)

”Sebenarnya kalau dilihat memang komitmen kita terhadap pembangunan kesehatan memang masih kurang, yah mungkin kebanyakan kita belum memahami bagaimana yang sebenarnya harus diutamakan, tapi kita tidak dapat mengubah paradigma yang sudah ada, itu sulit dan butuh waktu dan kerja sama semua pihak, mungkin anda tau ya banyak faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran kesehatan, salah satunya karena faktor manusianya baik di kesehatan maupun di kita tim anggaran, masalah anggaran biasanya selalu ada pengaruh kepentingan penguasa di dalamnya. ” (P11).

"Masyarakat kita di desa memang masih selalu mengutamakan kesehatan kalau sakit, tapi kalau belum perlu biasanya mereka tidak mementingkan. Itulah yang terjadi di pemerintahan kita. Komitmen yang diwujudkan dalam anggaran baru mencukupi sebagian kecil kebutuhan masyarakat kita. Saya tahu banyak faktor yang mempengaruhi anggaran itu tapi kita tahu itu sudah rahasia umum kan." (P10)

5.4.5. Kemampuan Perencanaan

Wawancara yang dilakukan mengenai kemampuan perencanaan dalam hal ini penyusunan RKA-SKPD yang dilakukan kepada tim anggaran eksekutif dan panitia anggaran legislatif dan dilakukan triangulasi dengan hasil wawancara mendalam dengan anggota tim perencana dinas kesehatan. Dapat diketahui bahwa kemampuan SDM dan struktur organisasi yang ada di Dinas Kesehatan sangat memberikan pengaruh dalam perencanaan sehingga usulan kegiatan yang disampaikan tidak sesuai dengan kebutuhan yang nyata. Berikut pernyataan para informan :

"Kemampuan tenaga kita baik kualitas maupun kuantitas memang masih sangat kurang, struktur kita tidak ada bagian perencanaan dan tidak ada yang punya latar belakang pengetahuan khusus perencanaan. Jadi kita berdasarkan pengalaman tahun-tahun lalu saja, akibatnya kita selalu terhambat dalam justifikasi dengan Bappeda dan DPRD." (P8)

"Menurut pendapat saya faktor dari SDM yaitu kepala dinas sebagai pemimpin di dinas kesehatan dan staf dinas yang membuat perencanaan, setiap perencanaan yang diusulkan sampai ke proses di kita Bappeda terus ke DPRD ke APBD, kemarin hanya 75% proses perencanaan itu masuk di APBD, jadi kemampuan SDM kepala dinas kurang menguasai bidang dia, mungkin karena kurang koordinasi dengan tim yang ada di Dinas Kesehatan sendiri" (P2)

"..... kami dari panitia anggaran di dewan dalam hal memangkas usulan-usulan dari kesehatan, disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan kita tapi kalau usulan tersebut sesuai bahkan bila perlu kalau ada dana kita angkat tapi karena usulannya sering tidak sinkron dengan dana yang ada dan kepentingan program kesehatan yang menjadi masalah, maka kami tidak dapat menyetujuinya, sebelumnya kita panggil pihak dinas kesehatan untuk memberikan penjelasan terhadap usulan mereka tersebut baru kemudian kita padukan." (P6)

"Selama ini menurut saya, perencanaan yang dibuat dinas kesehatan ini sering terlalu banyak usulan yang tidak sesuai jadi usulan yang disampaikan itu perlu kita pertanyakan agar tidak keluar dari yang telah kita program. Memang diantara dinas-dinas yang ada pengalaman saya di tim anggaran masih banyak yang tidak sinkron, juga termasuk dinas kesehatan, jadi apa yang diusulkan tidak semua harus masuk karena disesuaikan lagi dengan ketersediaan sumber dana yang ada pada kita." (P3)

"Saya sebagai anggota dewan yang membidangi salah satunya kesehatan sebenarnya sangat mendukung program kesehatan yang mengutamakan masyarakat, tapi terkadang Dinas Kesehatan belum dapat mengusulkan kegiatan yang seperti dimaksud, banyak yang menurut saya bukan untuk masyarakat yang diusulkan, jadi kami di dewan kurang menyetujui usulan mereka." (P7)

Penyusunan RKA ini juga berkaitan dengan variabel kebijakan daerah (visi misi Kabupaten dalam RPJM), kemampuan advokasi, kemampuan keuangan daerah, prioritas pembangunan. Variabel kebijakan daerah akan memberikan kontribusi atau *output* berupa proporsi anggaran untuk kesehatan sehingga nilai nominalnya akan menjadi pedoman dalam penyusunan RKA. Kemampuan advokasi menjadi salah satu upaya untuk memperjuangkan usulan yang tercantum dalam RKA dengan harapan semua usulan atau kegiatan terakomodir, variabel prioritas pembangunan menjadi acuan dalam menentukan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun anggaran yang bersangkutan, penyusunan RKA yang berbasis kinerja menjadikan keseimbangan antara mata anggaran baik belanja langsung maupun belanja tak langsung oleh instansi pengusul dalam penyusunan RKA SKPD.

5.4.6. Kemampuan Advokasi

Hasil wawancara mendalam mengenai kemampuan advokasi dalam hal ini lobi-lobi yang dilakukan baik secara formal maupun informal diketahui memberikan pengaruh dalam perubahan jumlah anggaran, terutama lobi yang dilakukan kepada

pemegang kebijakan atau penyusun anggaran, yang terkadang perubahan anggaran dilakukan karena ada hal yang mendesak.

Advokasi yang dilakukan juga harus melihat tingkatan kemampuan, pengetahuan dan hal atau sesuatu yang akan kita advokasikan karena dikhawatirkan terjadi gap antara pihak yang mengadvokasi dengan pihak yang diadvokasi, seperti yang dinyatakan oleh 3 orang informan berikut :

“Memang ada perubahan jika lobi yang dilakukan terutama kepada Kabag Keuangan dan Ketua panitia anggaran di DPRD, walaupun secara formal maupun informal, selama ini kita memakai pola hubungan pribadi saja. Hal ini menurut saya kurang baik karena seharusnya secara kedinasan juga dilakukan agar lebih meyakinkan ya tentu dengan data yang ada. Nah data di kita juga sering kurang akurat jadi serba susah ya.” (P8)

“Kemampuan meyakinkan atau menjelaskan istilahnya advokasi itu menentukan, jadi bila ada masalah yang mendesak pada saat penyusunan, kita dapat langsung mempertimbangkan penambahan, yah bisa saja data yang lama berubah, asal sesuai dengan sasaran dan ada dananya.” (P6)

“...jadi advokasi itu disesuaikan dengan tujuan yang akan kita capai dan kepada siapa advokasi kita lakukan, kalau kita melakukan advokasi dengan orang yang mempunyai pemahaman sama, akan lebih mudah, karena kalau kita bicara tentang sesuatu dia juga mengertimasalahnya, tapi kalau kita bicara masalah yang dia tidak mengerti, advokasi jadi sulit, tidak nyambung begitu.” (P10)

Advokasi terkadang dilakukan melalui institusi masing-masing, artinya tidak secara individu, sehingga membicarakan advokasi dianggap bukan menjadi porsi para bawahan (para pejabat dibawah kepala dinas) atau staf, namun secara institusi tetap dilakukan, seperti pernyataan berikut :

“Kalau mengenai hal itu lobi atau advokasi, mungkin ini bukan porsi kita biasanya bos kita kepala dinas dengan tim anggaran eksekutif maupun dewan , tetapi kalau lobi atau advokasi secara institusi itulah kami lakukan untuk memberikan penjelasan yang diminta Bappeda” (P9)

Peneliti melakukan triangulasi sumber agar mendapatkan data yang valid, dimana pernyataan para informan dari instansi pengusul dibandingkan dengan informan dari eksekutif dan legislatif, dimana diketahui para informan dari eksekutif dan legislatif tidak secara tegas menyatakan advokasi yang dilakukan akan menambah atau mengurangi alokasi tetapi hanya merupakan konfirmasi penegasan, dimana tidak ada intervensi didalamnya namun secara tersirat dimungkinkan terjadinya perubahan dan dua orang informan ini menilai kemampuan advokasi dinas kesehatan belum cukup baik seperti yang diungkapkan dalam wawancara mendalam berikut :

"Sebenarnya memang menurut pendapat saya bahwa peran instansi pengusul dari Dinas Kesehatan itu belum cukup baik, artinya dalam berkoordinasi dengan dewan. Biasanya jika diperlukan kita dalam mempertegas program yang akan dilaksanakan baik itu dipihak DPRD akan memanggil instansi pengusul untuk melakukan tatap muka ataupun penjelasan sehingga mendapatkan kesepakatan yang optimal, dalam hal ini tidak ada intervensi tetapi dimungkinkan terjadinya perubahan terhadap usulan." (P7)

"Memang itu belum baik, pihak dinas kesehatan dengan kita di Bappeda belum cukup aktif, biasanya begini belum tentu kita panggil mengurangi atau merubah, kita minta penjelasan, jadi kalau tim membutuhkan informasi segera lewat telpon saja tidak perlu formal-formal, baik dengan Bappeda dan Bag. Keuangan ." (P2)

5.4.7. Kepentingan

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, diperoleh informasi mengenai kepentingan para aktor yang bekerja diluar instansi sektor kesehatan dan terlibat dalam penyusunan anggaran bidang kesehatan, dalam hal ini kepentingan para aktor diketahui keuntungan/manfaat dan kerugian pembangunan kesehatan bagi para aktor dalam upaya pembangunan.

Dari hasil penelitian, semua informan memiliki pandangan bahwa pembangunan kesehatan memiliki manfaat. Hal ini terungkap seperti yang dijelaskan oleh semua informan, yaitu :

...melalui kesempatan ini saya tegaskan,..bahwa bagi pemerintah Kabupaten Batanghar,bahwa meningkatkan derajat kesehatan ini adalah merupakan kewajiban dan kepentingannya besar bagi pemerintah daerah, akan tetapi dalam pelaksanaannya tentu saja dipengaruhi oleh itu tadi, faktor pendapatan.Bukan mendukung, pertama ini prioritas tinggi, nah kemudian itu kewajiban kita,..itu,..jadi bukan hanya mendukung tetapi itu kewajiban pemerinta,meningkatkan derajat kesehatan ini adalah kewajiban pemerintah,.. jadi kalau mendukung itukan kita masih ada anu ya,.. pilihan,..kalau ini tidak ada pilihan,..harus ya,..kewajiban pemerintah. ” (P1)

“Dalam pembangunan kesehatan, seperti juga pembangunan bidang lainnya. Bappeda, memiliki kepentingan yang besar untuk mewujudkan program-program pembangunan di Kabupaten Batanghari,sehingga nantinya,keberhasilan program kesehatan, dapat meningkatkan IPM kita,sehingga target potret bidang kesehatan 2010,akan lebih baik. ”(P2)

“Banyak sekali kepentingan kami dalam pembangunan kesehatan, kami ingin seluruh rakyat mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, ..yang penting bagaimana masyarakat kita bisa sehat,...di setiap desa-desa ada puskesmas/puskesmas pembantu dan ada petugasnya. ” (P3)

“Karena merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh pemerintah,..kita perlu mendukung program kesehatan,..karena bertujuan untuk menyehatkan masyarakat, bagi saya amat penting itu. ” (P4)

“Pembangunan bidang kesehatan, termasuk dalam bidang yang saya bawahi, yaitu bidang pendidikan, kesehatan, sosial dan budaya,sehingga saya memiliki kepentingan yang besar terhadap pembangunan bidang kesehatan, karena keberhasilan bidang kesehatan merupakan tujuan kita juga, yaitu bagaimana kita membuat program-program kesehatan dapat berhasil, masyarakat dapat menjadi sehat. ” (P7)

...sebagai anggota DPR, saya mewakili kepentingan masyarakat,..aa..dalam hal ini, kita menyampaikan aspirasi masyarakat,..salah satunya pembangunan bidang kesehatan,..sebab itu,..kita berupaya agar,..masyarakat kita ini sehat,..mendapatkan pelayanan yang baik,..kita minta pemerintah, mau memperhatikan kesehatan. ” (P10)

Dari uraian diatas, dapat diketahui bahwa hampir sebagian besar informan menyatakan bahwa pembangunan kesehatan sangat bermanfaat dan merupakan kepentingan bagi para aktor untuk mengupayakan pembangunan bidang kesehatan.

5.4.8. Kebijakan Daerah (Visi dan Misi Kabupaten), Prioritas Pembangunan Daerah

Hasil wawancara mendalam dengan para informan dan telaah dokumen didapatkan dalam dokumen RPJM bahwa Visi Pembangunan Daerah Tahun 2006-2011 adalah : “Masyarakat Kabupaten Batanghari yang Maju, Adil dan Sejahtera Berlandaskan Ketaqwaan”. Selanjutnya berdasarkan Visi pembangunan tersebut, ditetapkan Misi Pembangunan Tahun 2006-2011, yaitu:

1. Mewujudkan peningkatan kualitas sumberdaya manusia.
2. Mewujudkan peningkatan kesejahteraan rakyat
3. Mewujudkan percepatan pemerataan pembangunan
4. Mewujudkan penyelenggaraan Pemerintahan Daerah yang professional, akuntabel, transparan, partisipatif, efektif dan efisien.
5. Mewujudkan tatanan masyarakat yang agamis, demokratis, serta menjunjung tinggi supremasi hukum dan HAM.

Peningkatan kualitas SDM diarahkan pada membaiknya angka IPM yang ditunjukkan oleh meningkatnya akses masyarakat terhadap pendidikan, juga akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Guna mewujudkan peningkatan kualitas SDM tersebut ditempuh dengan lima prioritas pembangunan yaitu :

1. Peningkatan kualitas dan kuantitas pendidikan masyarakat
2. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat

3. Pembangunan kependudukan dan keluarga kecil berkualitas
4. Pembangunan pemuda dan olahraga
5. Peningkatan penguasaan dan pemanfaatan iptek

Jadi pembangunan bidang kesehatan merupakan prioritas nomor dua dalam pembangunan di Kabupaten Batanghari.

Prioritas yang diangkat berdasarkan bahwa sektor kesehatan merupakan bentuk pelayanan publik yang langsung menyentuh masyarakat dan sesuai dengan Undang-undang Otonomi Daerah (UU No.32 pasal 22) yang mengamanatkan kepada daerah sebagai sebuah kewenangan wajib dalam penyelenggaraan otonomi daerah. Akan tetapi jika dilihat berdasarkan jumlah alokasi anggaran kesehatan menempati urutan kelima.

Pernyataan dua orang informan dari tim eksekutif dan seorang informan dari panitia anggaran sebagai berikut :

"Kebijakan daerah memprioritaskan kesehatan dimana di dalam RPJM Kabupaten Batanghari Tahun 2006-2011 telah disebutkan Visi dan Misi yang akan dicapai. Ada lima misi pembangunan yang akan dicapai diumta ranya adalah peningkatan kualitas SDM , nah dalam mencapai kualitas SDM yang meningkat ini diperlukan prioritas pembangunan yaitu dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat."(P1)

"....skala prioritas terhadap sektor-sektor yang langsung berhubungan dengan pelayanan masyarakat, terutama kesehatan....tahun 2007 anggaran Dinas Kesehatan telah diupayakan ditingkatkan dari tahun sebelumnya untuk dapat mengakomodir program/kegiatan yang akan dilaksanakan."(P6)

"Pendanaan sektor kesehatan sangat prioritas, karena pertimbangannya merupakan pelayanan dasar masyarakat sesuai dengan amanat Undang-undang 32 dipasal 22 yang merupakan kewenangan wajib bagi daerah dalam penyelenggaraan otonomi. Alokasi dana Bidang Kesehatan melalui APBD merupakan kewajiban pemerintah daerah agar dapat tercapai peningkatan SDM itu."(P7)

Pernyataan para informan dari pihak eksekutif dan legislatif dilakukan triangulasi sumber dengan pernyataan informan dari instansi pengusul dimana pernyataan pihak eksekutif dan legislatif sesuai dengan yang dinyatakan oleh informan dari instansi pengusul.

Kebijakan daerah tersebut belum dibuktikan dengan jumlah anggaran kesehatan yang meningkat setiap tahun, seperti yang disampaikan informan berikut ini :

"....tetap prioritas pembangunan kesehatan dengan pencapaian anggaran pembangunan kesehatan dari tahun ke tahun kita usahakan terus meningkat."(P3)

"Kesehatan termasuk prioritas utama pembangunan di Kabupaten Batanghari, jelas dimana-mana Pak Bupati menekankan itu....anggaran meningkat dari tahun ke tahun, tahun 2007 itu 6,22% untuk kesehatan memang sebenarnya masih kurang tapi kita usahakan ada kenaikan."(P2)

5.4.9. Kemampuan Keuangan Daerah (PAD).

Semua informan menyampaikan bahwa sumber dana untuk pembangunan terkait dengan kemampuan keuangan daerah, seperti yang diungkapkan oleh salah seorang informan berikut :

"Dalam membangun daerah ini, alokasi anggaran untuk tiap dinas ditentukan oleh kemampuan keuangan daerah kita yang berasal dari Pendapatan Asli daerah (PAD), Dana Perimbangan dari Pusat dan dana lainnya yang kemudian menjadi anggaran di dalam APBD kita."(P3)

APBD yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) tidak memberikan kontribusi yang besar kepada pembiayaan kesehatan daerah, walaupun dinas kesehatan menghasilkan PAD melalui retribusi pelayanan kesehatan. Sistem keuangan yang ada di daerah tidak membedakan sumber pendapatan, tetapi

diakumulasi secara agregat, sehingga pengalokasian dana tidak didasarkan kepada porsi penyumbang PAD. Hal ini dikemukakan oleh informan berikut :

"Dari dinas kesehatan kita memperoleh pendapatan dari retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas jumlahnya tidak banyak tapi tetap memberikan kontribusi kepada PEMDA masuk ke kas daerah sebagai PAD namun dalam pengalokasian dana APBD untuk pembangunan kita tidak melihat dari jumlah PAD yang disetor...."(P 5)

" PAD kita di Kabupaten Batanghari memang masih kecil porsinya dalam APBD, itu diperoleh dari hasil pajak daerah antara lain pajak hotel, rumah makan, iklan, pengambilan bahan tambang misal pasir, dan dari hasil retribusi daerah. Nah dari dinas kesehatan adalah dari retribusi pelayanan kesehatan."(P2)

"Dalam hal kemampuan keuangan daerah kabupaten kita memang belum banyak untuk membiayai pembangunan khususnya pembangunan kesehatan, kita masih tergantung pendapatan dari pusat yaitu dana perimbangan. Pada tahun 2007 PAD kita hanya sekitar lima persen di dalam APBD."(P11)

Dari hasil telaah dokumen diperoleh data Ringkasan APBD (lampiran 7) yang menunjukkan bahwa pendapatan daerah dari PAD sebesar Rp. 20.844.666.268,- sedangkan Dana Perimbangan sebesar Rp. 362.785.312.750,- dan Lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah sebesar Rp. 10.239.705.887,-

Jadi peneliti dapat menyimpulkan bahwa kemampuan keuangan Kabupaten Batanghari yang berasal dari PAD masih kecil persentasenya dalam kontribusinya untuk anggaran pembangunan di Kabupaten Batanghari tahun 2007.

5.4.10. Dana luar PAD

Hasil wawancara mendalam dengan informan dan telaah dokumen yang menghasilkan kesesuaian pernyataan para informan dengan dokumen yang ada bahwa dana perimbangan memang menjadi sumber pendapatan terbesar dari APBD

Kabupaten Batanghari, sehingga pengalokasian dana ke setiap instansi tergantung dana dari pemerintah pusat dalam bentuk dana perimbangan terutama DAU.

Semakin besar pendapatan yang diperoleh daerah, semakin besar pula yang dapat dialokasikan, seperti pernyataan informan berikut :

"Dalam APBD kita tahun 2007 pendapatan daerah terbesar diperoleh dari dana perimbangan khususnya DAU, sehingga semakin besar dana perimbangan yang daerah peroleh maka setiap instansi akan mengalami kenaikan alokasi anggaran." (P3)

"Pembangunan kita di daerah didanai oleh dana perimbangan dari pemerintah pusat dalam hal ini DAU dan DAK yang memberikan kontribusi terhadap pendapatan APBD sangat besar." (P4)

"Alokasi anggaran ditentukan oleh penerimaan pendapatan dari DAU semakin besar DAU semakin besar alokasi kepada sektor kesehatan, namun untuk tahun ini infrastruktur jauh lebih meningkat. Sedangkan DAK non DR yang ada memberikan tambahan terhadap pembiayaan kesehatan." (P5)

"Penerimaan kita dari pusat yaitu baik DAU dan DAK telah ditetapkan pemerintah pusat, daerah tinggal mengalokasinya ke setiap instansi termasuk kesehatan jadi jika dana perimbangan besar maka alokasi kepada kesehatan juga meningkat." (P10)

"Dana Perimbangan baik DAU maupun DAK sudah ada ketentuan dari pusat jadi kita tinggal tunggu, sehingga perimbangan keuangan daerah dari pusat jelas menjadi sumber utama pembiayaan daerah bagi APBD, jadi alokasi anggaran kesehatan juga tergantung jumlah dana perimbangan yang ada." (P11)

Sumber pendapatan pada APBD salah satunya item lain-lain pendapatan yang sah juga menjadi faktor penentu besarnya pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Batanghari karena pada item ini terdapat pinjaman luar negeri tetapi menjadi dana hibah dari pemerintah pusat ke daerah dalam bentuk proyek *Health Work Force and Services* (HWS) atau penguatan sumber daya kesehatan daerah, hal ini terungkap dari hasil wawancara mendalam dimana semua informan mengetahui adanya dana ini

dan fungsi peruntukannya yang dikelola oleh dinas kesehatan, seperti pernyataan para informan berikut :

"Beberapa tahun ini kita mendapat bantuan bank dunia, pinjaman untuk pusat tetapi dihibahkan untuk kabupaten dalam proyek health work force and services atau penguatan sumber daya didaerah kita yang masuk ke dalam PPA dan menjadi sumber dana APBD."(P1)

"APBD kita juga memperoleh tambahan dana dari HWS, itu dana dari luar untuk ke dinas kesehatan, untuk sekolah bagi pegawai di kesehatan."(P5)

"Dalam alokasi anggaran kita di dinas kesehatan selain yang bersumber dari DAK dan DAU, dalam APBD juga bersumber dari bantuan lainnya yang saat ini masih berlangsung dari HWS."(P8)

"Kita mendapat .dana bantuan dari luar dalam rangka pengembangan SDM, yaitu dari HWS, dana itu untuk pendidikan kita baik untuk D3, S1 maupun S2."(P9)

Hasil wawancara mendalam dengan informan dilakukan triangulasi sumber melalui telaahan dokumen yang menghasilkan kesesuaian pernyataan para informan dengan dokumen yang ada, bahwa proyek HWS memang menjadi salah satu pendapatan yang tercantum dalam APBD pada item lain-lain pendapatan yang sah, sehingga pengalokasian dana kesehatan bertambah dengan adanya HWS ini

5.4.11. Pemanfaatan Anggaran Pada Dinas Kesehatan

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari mengacu pada Perda Kabupaten Batanghari No.10 tahun 2004 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan (lihat lampiran 12).

Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari adalah "Terwujudnya Masyarakat yang Mandiri Untuk hidup Sehat".

Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, maka misi Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari antara lain adalah : melaksanakan pembinaan, pengawasan

dan pengendalian upaya-upaya pelayanan kesehatan serta mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

Anggaran Dinas Kesehatan dari APBD Kabupaten Batanghari tahun 2007 berjumlah Rp.26.716.518.558,00 terdiri dari belanja langsung adalah Rp.13.210.900.700,00, dan belanja tak langsung Rp. 13.505.518.558,00. (Lihat lampiran 9)

Tabel 5.6.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja

NO	Kelompok Belanja	JUMLAH (RP)	%
1.	Tidak Langsung	13.505.518.558	50,55
2.	Langsung	13.210.900.700	49,45
3.	JUMLAH	26.716.419.258	100

Belanja tidak langsung adalah belanja pegawai yang dipergunakan untuk gaji dan tunjangan serta untuk tambahan penghasilan pegawai. Belanja langsung adalah belanja yang dipergunakan untuk membiayai program yang ada yaitu ada 14 program. Dapat dilihat bahwa ternyata belanja tak langsung lebih besar persentasenya dibandingkan dengan belanja langsung.

Dari 14 program tersebut belanja yang dipergunakan dikelompokkan ke dalam 3 kelompok belanja yaitu; belanja pegawai, belanja barang dan jasa serta belanja modal.

Tabel 5.7.
**Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Jenis Belanja
Pada Kelompok Belanja Langsung**

NO	Jenis Belanja	JUMLAH (RP)	%
1.	Belanja Pegawai	1.104.255.000	8,36
2.	Belanja Barang dan Jasa	5.625.064.800	42,58
3.	Belanja Modal	6.481.580.900	49,06
4.	JUMLAH	13.210.900.700	100

Dapat dilihat bahwa di dalam kelompok belanja langsung juga terdapat anggaran yang dipergunakan untuk belanja pegawai yaitu sebesar 8,36 %. Anggaran tersebut adalah untuk honorarium PNS dan honorarium Non PNS yang berkaitan dengan tiap-tiap program yang dilaksanakan. (Lihat lampiran 10)

Anggaran dinas kesehatan pada kelompok belanja langsung, bila dikelompokkan ke dalam klasifikasi biaya berdasarkan sifat kegunaannya yaitu biaya operasional, biaya investasi/modal dan biaya pemeliharaan adalah berturut-turut sebagai berikut; 44,85%, 49,06% dan 6,09%.

Tabel 5.8.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Jenis Biaya
Pada Kelompok Belanja Langsung

NO	Jenis Biaya	JUMLAH (RP)	%
1.	Operasional	4.820.402.800	44,85
2.	Investasi/modal	6.481.580.900	49,06
3.	Pemeliharaan	804.662.000	6,09
4.	JUMLAH	13.210.900.700	100

Komposisi ke tiga biaya tersebut di atas tidak sesuai dengan teori yaitu bahwa biaya investasi 20%, biaya operasional 60% dan biaya pemeliharaan sebesar 20%.

Tabel 5.9.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan/Program

NO	JENIS KEGIATAN/PROGRAM	JUMLAH (RP)	%
1.	Pelayanan administrasi perkantoran	1.252.931.000	9,5
2.	Peningkatan sarana dan prasarana aparatur	854.662.000	6,1
3.	Peningkatan disiplin aparatur	115.750.000	0,9
4.	Peningkatan kapasitas sumber daya aparatur	35.000.000	0,3
5.	Obat dan perbekalan kesehatan	990.299.250	7,5
6.	Upaya kesehatan masyarakat	854.634.300	6,5
7.	Pengawasan obat dan makanan	109.849.900	0,8
8.	Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	388.488.750	2,9
9.	Pengembangan lingkungan sehat	311.694.500	2,4
10.	Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	1.033.814.600	7,8
11.	Standarisasi pelayanan kesehatan	257.375.900	1,9
12.	Pelayanan kesehatan penduduk miskin	114.500.000	0,9
13.	Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya	6.553.899.900	49,6
14.	Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	388.000.600	2,9
	JUMLAH	13.210.900.700	100

Dari ke 14 program yang ada di dinas kesehatan anggaran untuk pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya mendapatkan persentase yang dominan yaitu 49,6%.

Tabel 5.10.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Bidang Program

NO	Bidang	JUMLAH (RP)	%
1.	Tata Usaha	2.208.343.000	16,71
2.	Pelayanan Kesehatan	1.625.601.850	12,31
3.	P2MPL	1.345.509.100	10,18
4.	Kesehatan Keluarga	701.057.500	5,31
5.	Promosi Kesehatan	776.489.350	5,88
6.	Pembangunan, pengadaan alat, rehab.gedung	6.553.899.900	49,60
7.	JUMLAH	13.210.900.700	100

Dari tabel diatas maka anggaran dinas kesehatan dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok anggaran yaitu anggaran yang dipergunakan untuk membiayai program dan kelompok anggaran yang dipergunakan untuk membiayai bukan program yaitu untuk tata usaha dan pembangunan, pengadaan dan rehabilitasi gedung. Persentase untuk bukan program lebih besar daripada persentase anggaran untuk program

Tabel 5.11.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Bidang Program dan Bukan Program

NO	Kegiatan	JUMLAH (RP)	%
1.	Program	4.448.657.800	33,67
2.	Bukan Program	8.762.242.400	66,33
4.	JUMLAH	13.210.900.700	100

Dari anggaran untuk program tersebut dapat dikelompokkan kedalam tiga jenis pelayanan yaitu promotif, preventif dan kuratif. Persentase dana untuk pelayanan promotif lebih kecil bila dibandingkan dengan persentase dana untuk pelayanan preventif dan kuratif. Anggaran yang termasuk dalam pelayanan promotif adalah anggaran bidang Promosi Kesehatan (Rp. 776.489.350,-), anggaran pelayanan kuratif adalah anggaran bidang Pelayanan Kesehatan (Rp. 1.625.601.850) dan anggaran preventif adalah anggaran bidang P2MPL dan bidang Kesehatan Keluarga (Rp. 2.046.566.600)

Tabel 5.12.
Anggaran Dinas Kesehatan Berdasarkan Fungsi Pelayanan

NO	Jenis Pelayanan	JUMLAH (RP)	%
1.	Promotif	776.489.350	17,45
2.	Preventif	2.046.566.600	46,00
3.	Kuratif	1.625.601.850	36,55
4.	JUMLAH	4.448.657.800	100

Tingkat pencapaian indikator Indonesia Sehat 2010 di Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari Tahun 2007 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.13.
Pencapaian Indikator Kabupaten Batanghari Tahun 2007
Dibandingkan Dengan Target Indonesia Sehat tahun 2010

No	INDIKATOR	Pencapaian	Target
A	MORTALITAS		
	1. Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup	4,2	40
	2. Angka kematian balita per 1000 kelahiran hidup	0	58
	3. Angka kematian ibu melahirkan/100.000 klhr	1	226
	4. Angka Harapan Hidup	67	67,9
	5. Angka kesakitan malaria	7,5	5
	6. Angka kesembuhan pend. TB paru	59	85
	7. Prev HIV (% kasus thdp pddk beresiko)	0	0,9
	8. Angka AFP anak usis < 15 thn/100.000 anak	18	0,9
	9. Angka kesakitan DBD/100.000 penduduk	3,1	2
B	PERILAKU HIDUP MASYARAKAT		
	1. % Rumah tangga dengan PHBS	34,86	65
	2. % Posyandu Purnama dan mandiri	30,54	40
	3. % Persalinan oleh Tenaga kesehatan	82,08	90
	4. % Bumil dapat tablet Fe	73,57	80
	5. % Bayi yang mendapat ASI eksklusif	28,75	80
	6. % Keluarga yang memiliki akses air bersih	65,74	85

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada Bab ini dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yaitu melakukan analisis kebijakan faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari yang bersumber APBD tahun 2007.

6.1. Proses Penyusunan Anggaran dan Kemampuan Perencanaan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa proses penyusunan anggaran pembangunan bidang kesehatan yang dilaksanakan di Kabupaten Batanghari, dibedakan menjadi 2 (dua) tahap yakni proses penyusunan perencanaan yang dilaksanakan pada dinas kesehatan dan dalam kegiatan musrenbang, dan sering disebut pula kegiatan “jaring asmara” (penjaringan aspirasi masyarakat). Sedangkan proses penganggaran dilaksanakan dalam bentuk penyusunan dan penetapan APBD Kabupaten Batanghari.

Proses penyusunan perencanaan yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan dilakukan dalam 2 (dua) tingkat yakni proses perencanaan tingkat puskesmas yang dilaksanakan dalam bentuk kegiatan lokakarya mini dan pertemuan perencanaan tahunan dan proses penyusunan perencanaan dan penganggaran yang dilaksanakan oleh tim perencana yang ada di dinas kesehatan.

Dalam forum musrenbang, kegiatan ini dilaksanakan disetiap jenjang administrasi pemerintahan yaitu jenjang pemerintahan desa/kelurahan, jenjang pemerintahan kecamatan. Hasil kegiatan ini dipadukan dengan usulan kegiatan dari bidang-bidang di dinas kesehatan, agar terjadi sinkronisasi antara aspirasi masyarakat

dengan prioritas pembangunan dinas kesehatan. Kegiatan yang dipadukan tersebut tetap mengacu pada Renstra dan Renja dinas kesehatan. Usulan kegiatan ini kemudian dibahas di tingkat kabupaten dalam musrenbang kabupaten, dimana pada rapat ini akan dibahas dan dievaluasi seluruh kegiatan dari SKPD oleh Bappeda selaku koordinator perencanaan daerah.

Dari proses ini dapat dilihat bahwa titik kritis kegiatan terdapat pada setiap tahapan baik ditingkat musrenbang kecamatan, maupun ditingkat kabupaten. Oleh karena itu perlu dilakukan sosialisasi dan advokasi pada jenjang paling dasar yaitu pada tingkat desa/kelurahan secara terus menerus sehingga masyarakat/tokoh masyarakat dapat memahami permasalahan kesehatan yang dihadapi dan akhirnya akan mengusulkan kegiatan yang dibutuhkan saat musrenbang kecamatan. Sementara itu pula dilakukan proses sosialisasi dan advokasi terus menerus pada pihak Bappeda yang akan mensortir usulan dari unit kerja. Dengan dilakukannya proses sosialisasi dan advokasi dari tingkat yang paling dasar maka usulan kegiatan akan dapat diakomodir pada tingkat yang lebih tinggi karena usulan tersebut memang sesuai dengan kebutuhan yang dirasakan masyarakat.

Berdasarkan uraian ini dapat dilihat bahwa proses perencanaan dan penetapan anggaran merupakan rangkaian proses politik dimana tim anggaran eksekutif dan DPRD merupakan pihak-pihak yang sangat menentukan pada proses ini. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep penelitian bahwa proses perencanaan dipengaruhi pula oleh faktor-faktor konteks yaitu antara lain hak *budgetting* dari DPRD yang tercantum dalam pasal 41 UU No.32 tahun 2004 dan faktor aktor yang berperan di dalam proses tersebut. Oleh karenanya perlu dilakukan sosialisasi dan advokasi yang terus menerus pada pihak-pihak ini sehingga dapat memahami permasalahan

kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat. Dengan demikian diharapkan usulan kegiatan tersebut dapat direalisasikan.

Dalam proses perencanaan dan penganggaran pembangunan bidang kesehatan yang dilaksanakan di dinas kesehatan Kabupaten Batanghari, dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa proses perencanaan dan penganggaran pembangunan bidang kesehatan yang dilaksanakan di Kabupaten Batanghari masih belum memenuhi kaidah-kaidah penyusunan perencanaan dan penganggaran yang baik. Dimana dalam pelaksanaannya kegiatan perencanaan dan penganggaran hanya dibuat untuk menyusun usulan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun yang akan datang, tanpa melalui kegiatan-kegiatan sistematis yang perlu dilakukan dalam mencapai tujuan. Apalagi dalam struktur organisasi di Dinas Kesehatan tidak terdapat bagian/bidang yang khusus mengelola perencanaan dan penganggaran. Tenaga pelaksana perencanaan yang ditunjuk tidak memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai dalam hal perencanaan. Hal ini memang kenyataan yang terjadi di banyak kabupaten/kota dimana sistem perencanaan kesehatan kurang efektif dalam mengakomodir kebutuhan dan permasalahan kesehatan masyarakat kabupaten/kota disebabkan oleh berbagai faktor antara lain : (Bakri, 2001)

1. Belum adanya tim khusus yang mengelola manajemen perencanaan kesehatan kabupaten kota.
2. Masih lemahnya kemampuan petugas kesehatan dalam berbagai aspek proses perencanaan.
3. Masih kurang dilibatkannya masyarakat dan sektor terkait dalam proses perencanaan kesehatan.

4. Belum digunakannya model/siklus perencanaan tertentu dalam proses perencanaan

Menurut Collins dan Barker (Bakri, 2001), beberapa *skill* yang diperlukan oleh dinas kesehatan adalah antara lain :

1. Kemampuan menggunakan *problem solving approach* yaitu kemampuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis problem kesehatan dan kemudian secara sistematis mencari pemecahannya
2. Kemampuan dalam penentuan prioritas yaitu kemampuan mengembangkan metode dan skala prioritas program kesehatan serta menggunakan kriteria yang jelas.
3. Kemampuan dalam pengumpulan informasi yang relevan yaitu kemampuan dalam pelaksanaan manajemen dan perencanaan kesehatan seharusnya berbasis pada informasi kesehatan yang ada. Sebagai langkah awal adalah bagaimana mengumpulkan dan menggunakan data dan informasi secara akurat dari berbagai sumber secara primer maupun sekunder. Langkah berikutnya bagaimana membangun *Healt Information System (HIS)* yang baik pada level kabupaten/kota.
4. Kemampuan dalam pengembangan komunikasi dan konsensus yaitu kemampuan dalam forum komunikasi diantara petugas kesehatan maupun segenap *stakeholder* serta unsur masyarakat perlu dikembangkan. Hal ini penting untuk dukungan dan konsensus dalam upaya advokasi program kesehatan kabupaten/kota.

Sesuai dengan hasil penelitian Sukarna L A, (2006) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara peningkatan pengetahuan perencanaan dengan mutu perencanaan yang dibuat. Semakin tinggi peningkatan pengetahuan, semakin baik mutu rencana yang dibuat.

Dalam tahapan penyusunan perencanaan, kegiatan analisa situasi di tingkat kecamatan dan kabupaten belum dilakukan dengan baik, dimana permasalahan kesehatan tidak dianalisa melalui data-data atau informasi yang menggambarkan kondisi kesehatan yang sebenarnya serta faktor utama yang mempengaruhinya tanpa dukungan data yang valid dan akurat. Demikian pula halnya dengan tahapan penyusunan perencanaan, analisa masalah dan perumusan masalah, dan penentuan prioritas masalah tidak dilakukan. Dalam penetapan prioritas program terlihat tidak berdasarkan kajian-kajian yang mendalam, dimana prioritas program diambil berdasarkan kemudahan dalam pelaksanaannya, adanya kepentingan-kepentingan tertentu serta tanpa memperhatikan besarnya manfaat yang dapat dirasakan langsung oleh masyarakat dan bagaimana program tersebut dapat mempercepat mewujudkan tujuan yang akan dicapai, hal ini terlihat dengan besarnya alokasi dana yang besar untuk kegiatan program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya yaitu sebesar 49,6%.

Penyusunan rencana kegiatan dibuat hanya berdasarkan kegiatan-kegiatan rutinitas tahun lalu dan kegiatan-kegiatan yang telah ditetapkan dari unit yang lebih tinggi tanpa memperhatikan permasalahan yang utama dan faktual, artinya masalah yang memang ditemukan dilapangan dan penting untuk segera ditangani yang ada di Kabupaten Batanghari.

Penyusunan rencana kegiatan dari hasil musrenbang, yang merupakan wujud keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan, menunjukkan bahwa keinginan masyarakat masih di sekitar tuntutan pembangunan fisik. Hal ini menunjukkan bahwa program-program non fisik belum menyentuh dan dirasakan sebagai kebutuhan masyarakat. Cara pandang ini tidak terlepas dari kondisi masyarakat, yaitu terdapat 25,31% rumah tangga miskin, dan rata-rata lama sekolah di Kabupaten Batanghari 8,30 tahun atau sebagian besar sebatas SMP. Kesehatan masih dikenal dengan simbol fisik kesehatan yaitu dokter, puskesmas, obat, sehingga ukuran tuntutan akan pembangunan kesehatan adalah ketersediaan simbol-simbol tadi.

Tentu saja hal ini berbeda dengan pandangan kesehatan dari dinas kesehatan yang berhadapan dengan banyak masalah kesehatan yang masih harus diatasi. Jadi terdapat kesenjangan "pemahaman" atas masalah kesehatan di masyarakat dengan di dinas kesehatan. Hal ini juga berkaitan dengan definisi sehat dan sakit, kebutuhan program kesehatan masih terbatas pada jika sakit ada tempat berobat, ada petugas yang menolong.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Dharmawan, TW (2004) dan Harmana, T (2006) menyatakan bahwa penentuan besaran nominal rupiah anggaran kesehatan dipengaruhi oleh RASK (Rencana Anggaran Satuan Kerja) sesuai Kepmendagri No.29 Tahun 2002 yang kemudian berubah dalam Permendagri No. 13 Tahun 2006 menjadi RKA yang dibuat oleh SKPD dalam hal ini Dinas Kesehatan, sebagai satu-satunya sumber informasi yang dapat memberikan besaran alokasi anggaran yang dibutuhkan dari APBD. Hal ini juga disebutkan oleh Depkes (2004)

bahwa kemampuan instansi pengusul dalam menyusun perencanaan menjadi salah satu penentu yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah.

Dari hasil wawancara mendalam dapat disimpulkan bahwa proses perencanaan yang bersifat politik, teknokratik dan *top-down* ternyata lebih besar pengaruhnya dibandingkan proses perencanaan yang bersifat partisipatif dan *bottom-up* (dari hasil musrenbang).

RKA yang merupakan informasi perencanaan anggaran terdokumentasi secara jelas dan tegas yang menyatakan nominal anggaran, sumber anggaran, fungsi anggaran dan pelaksana anggaran. Penetapan jumlah anggaran di Kabupaten Batanghari sama dengan yang terjadi di Kabupaten Pontianak (Harmana T, 2006) yaitu berdasarkan *history budgetting*, jumlah anggaran tahun lalu ditambah 10%.

Tidak menutup kemungkinan perencanaan yang baik, yaitu sesuai dengan sasaran/tujuan yang akan dicapai dengan target atau indikator yang jelas seperti yang telah ditetapkan dalam Renstra Dinkes, maka akan memperoleh anggaran yang lebih besar jika dianggap program/kegiatan tersebut merupakan sesuatu yang penting dan mendesak dibanding program dari SKPD lain menurut pandangan tim anggaran eksekutif dan legislatif.

Didalam menyusun perencanaan, khususnya dalam mengajukan usulan program-program kepada tim anggaran yang merupakan para penentu kebijakan atau pembuatan keputusan, agar program-program tersebut dapat menyakinkan para penentu kebijakan tersebut. Hal ini dapat diwujudkan bila usulan tersebut memang benar-benar bermanfaat terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, didukung oleh data yang baik dan program tersebut layak dan relevan untuk dilaksanakan baik secara teknik, politik, maupun ekonomi. Artinya dari segi petugas

yang akan melaksanakan program tersebut mempunyai kemampuan yang baik, adanya sarana dan prasarana pendukung, secara politis program tersebut tidak akan membawa dampak politik yang negatif pada masyarakat.

Program yang akan diajukan harus penting dan mendesak, dalam artian, harus segera dilaksanakan dan kalau tidak segera dilaksanakan akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi, sehingga para aktor dapat menilai bahwa program tersebut memiliki prioritas yang tinggi, diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalahnya sendiri maupun terhadap alternatif pemecahan masalah atau program yang akan diajukan.

Uraian di atas dapat disimpulkan peneliti bahwa kemampuan perencanaan memiliki pengaruh besar terhadap kebijakan alokasi anggaran bagi dinas kesehatan yang bersumber dari APBD. Hasil penelitian di Kabupaten Pontianak Tahun 2006 (Harmana T, 2006) juga menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah salah satunya adalah kemampuan perencanaan.

Kegagalan dan hambatan dalam perencanaan pembangunan adalah terutama disebabkan karena, *pertama*; penyusunan perencanaan kurang mencerminkan realita yang ada dilapangan (*the fallacy of detachment*) yaitu lemahnya analisis situasi, *kedua*; kurang memperhatikan prioritas masalah dalam penentuan tujuan sehingga masa depan tidak mudah digambarkan (*the fallacy of predetermination*), *ketiga*; kurangnya kesadaran bahwa inovasi tak bisa diulang-ulang atau dilembagakan (*the fallacy of formalization*) seperti kurangnya kreativitas dan inovasi program. Diharapkan dalam perencanaan kesehatan kedepan kita selalu memperhatikan pengalaman kegagalan masa lalu (Hapsara, 2004).

Perencanaan harus dikenali sebagai satu bagian dari suatu proses menyeluruh yang melibatkan analisis kebijakan, persiapan pelaksanaan, pengelolaan pelaksanaan, evaluasi. Analisis kebijakan berupa keputusan-keputusan yang diambil membutuhkan pembahasan secara sistematis yang sering dalam bentuk mandat dari legislatif atau peraturan dari pihak eksekutif.

Keputusan-keputusan kebijakan, sebagai contoh RKPD, KU-APBD, dan PPA memberikan batasan terhadap para perencana di dinas kesehatan tetapi hal ini tidak dapat dianggap sebagai penghalang yang tidak dapat dihindari dalam penyusunan perencanaan. Satu elemen kunci dari seni perencanaan adalah kepekaannya terhadap perlunya perubahan kebijakan dalam pengaruh berbagai keadaan yang dihadapi.

Kreatifitas dalam perencanaan sangat dibutuhkan dimana adanya komunikasi dua arah antara pengambil kebijakan dengan perencana merupakan hal yang mutlak harus dilakukan. Analisis kebijakan menentukan arah yang akan diambil dan tujuan akhir yang akan dicapai sedangkan perencana menetapkan cara-cara untuk merubah keadaan sehingga dalam pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik dengan hasil yang lebih efektif dan efisien.

Agar proses perencanaan dan penganggaran pembangunan bidang kesehatan dapat berjalan dengan baik, harus dilaksanakan dan berpedoman pada Sistem Pengelolaan Keuangan Daerah yang baik dan dimulai dari perencanaan yang baik. Dengan mengaitkan kebijakan (*policy*), perencanaan (*planning*) dan penganggaran (*budgeting*), akan tercipta output pengelolaan yang jelas dan sinkron dengan berbagai kebijakan pemerintah dan tidak menimbulkan tumpang tindih program dan kegiatan.

Proses Penyusunan APBD merupakan bagian dari sistem keuangan negara yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara. Demikian pula penyusunan APBD merupakan bagian tak terpisahkan dari sistem pengelolaan Pemerintah Daerah sebagaimana diatur dalam UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah. Salah satu sumber pendanaan pembangunan daerah bersumber dari APBN, sehingga proses penyusunan APBD juga diatur dalam UU Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan daerah. Penjabaran lebih lanjut dari proses penganggaran diatur dalam Peraturan Pemerintah tentang Pengelolaan Keuangan Daerah yaitu PP Nomor 58 tahun 2005 dan dalam Permendagri No.13 Tahun 2006.

6.2. Kemampuan Advokasi

Dari proses perencanaan dan penganggaran dinas kesehatan seperti disebut di atas dapat dilihat bahwa titik kritis kegiatan terdapat pada setiap tahapan baik di tingkat musrenbang kecamatan, maupun di tingkat kabupaten. Oleh karena itu perlu dilakukan sosialisasi dan advokasi pada jenjang paling dasar yaitu pada tingkat desa/kelurahan secara terus menerus sehingga masyarakat/tokoh masyarakat dapat memahami permasalahan kesehatan yang dihadapi dan akhirnya akan mengusulkan kegiatan yang dibutuhkan pada saat musrenbang kecamatan. Sementara itu pula dilakukan proses sosialisasi dan advokasi terus menerus pada pihak Bappeda yang akan mensortir usulan dari unit kerja. Dengan dilakukannya proses sosialisasi dan advokasi dari tingkat yang paling dasar maka usulan kegiatan akan dapat diakomodir pada tingkat yang lebih tinggi karena usulan tersebut memang sesuai dengan

kebutuhan yang dirasakan masyarakat. Pihak Bappeda merupakan pihak yang menentukan pada proses ini.

Hasil wawancara mendalam kepada informan menunjukkan adanya pengaruh kemampuan advokasi yang dilakukan instansi pengusul terhadap besaran alokasi dana khususnya bidang kesehatan seperti diungkapkan oleh tiga orang informan, namun ada tanggapan dari informan lain bahwa tidak ada intervensi dan belum tentu terjadi perubahan namun hal itu masih dimungkinkan. Secara tersirat kedua informan ini memberikan sinyal tertentu bahwa ada pengaruh advokasi didalamnya.

Faktor lain dari faktor aktor yang menentukan, dalam hal ini kedekatan secara pribadi maupun secara "politis" dari kepala dinas kesehatan juga menjadi hal yang perlu diperhatikan karena hal ini dapat menentukan dalam advokasi karena apapun yang akan diusulkan oleh SKPD yang dipimpinnya dapat disetujui bila ada faktor ini sehingga ketika pihak Bappeda maupun tim anggaran eksekutif dan legislatif meminta penjelasan, kepala dinas dapat meyakinkan sehingga program/kegiatan tersebut disetujui.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Dharmawan, TW (2004) dan Harmana, T (2006) yang mengatakan perlunya advokasi kepada aparat pemerintah baik dimulai dari tingkat desa, kecamatan sampai dengan DPRD agar kesadaran akan kebutuhan pembangunan kesehatan meningkat. Depkes (2004) juga menyebutkan kemampuan advokasi Dinas Kesehatan berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan.

Peneliti berpendapat kemampuan advokasi yang dilakukan oleh instansi pengusul baik secara formal maupun informal kepada eksekutif dan legislatif belum berpengaruh terhadap kebijakan alokasi anggaran dinas kesehatan di Kabupaten Batanghari. Advokasi yang dilakukan adalah secara informal seperti disampaikan

oleh salah satu informan dalam wawancara mendalam. Advokasi akan lebih efektif apabila antara yang melakukan advokasi dengan yang diadvokasi memiliki kesamaan persepsi, pandangan dan pemahaman tentang hal yang diadvokasikan. Advokasi juga akan lebih bermakna jika “warna politis” yang diusung sama, dimana advokasi ini dilakukan sebelum kebijakan publik dikeluarkan sehingga advokasi menjadi sebuah proses dalam penetapan APBD, seperti halnya variabel kebijakan daerah dan prioritas pembangunan daerah.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa selama ini advokasi yang dilakukan bukan berdasarkan pengetahuan dan kemampuan yang didukung oleh data dan fakta yang akurat dari tim perencana dinas kesehatan.

Soekidjo Notoadmodjo (2005) dalam bukunya Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi menyatakan, kurang berhasil atau kegagalan suatu program kesehatan, sering disebabkan oleh karena kurang atau tidak adanya dukungan dari para pembuat keputusan. Akibat kurang adanya dukungan itu, antara lain rendahnya alokasi anggaran untuk program-program kesehatan, kurangnya sarana dan prasarana, tidak adanya kebijakan yang menguntungkan bagi kesehatan. Untuk memperoleh atau meningkatkan dukungan atau *commitment* dari para pembuat kebijakan, termasuk para pejabat lintas sektoral diperlukan upaya yang disebut advokasi.

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Maka advokasi dalam kesehatan diartikan upaya untuk memperoleh pembelaan, bantuan atau dukungan terhadap program-program kesehatan. Menurut John Hopkins (1990) dalam Winarno B (2005) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif. Dari beberapa catatan tersebut dapat

disimpulkan secara ringkas bahwa advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

Metode dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan dapat dilakukan dalam bentuk lobi politik yakni berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah-masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan. Selain memberikan informasi, hal lain yang tak kalah pentingnya adalah bagaimana petugas atau pimpinan unit kerja bidang kesehatan dapat mengikutsertakan para aktor yang terkait dalam pembangunan kesehatan.

Dalam advokasi terhadap para aktor peran komunikasi sangatlah penting, sebab dalam advokasi merupakan aplikasi dari komunikasi inter personal maupun masa yang ditujukan kepada para aktor yang menentukan kebijakan dan pembuat keputusan. Komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan memerlukan kiat-kiat khusus agar komunikasi berjalan efektif, antara lain komunikasi harus jelas, dimana pesan yang disampaikan harus mudah diterima, harus didasarkan pada kebenaran yakni disertai fakta atau data empiris, dirumuskan dalam bentuk konkrit bukan kira-kira (operasional), pesan harus lengkap dan ringkas dan hendaknya bersifat kontekstual artinya program yang akan diadvokasikan harus diletakkan atau dikaitkan dengan masalah pembangunan daerah.

Selain itu dalam advokasi kesehatan hendaknya dalam penyampaiannya harus meyakinkan para pejabat baik dari segi materi atau bahan pesan maupun dari orang yang menyampaikan pesan yakni mempunyai kredibilitas yang baik yaitu memiliki kemampuan program kesehatan, memiliki otoritas atau kewenangan serta

mempunyai integritas atau komitmen dan tanggung jawab yang tinggi untuk memperbaiki derajat kesehatan masyarakat.

Arah komunikasi dalam advokasi kesehatan dapat secara vertikal, yakni para pejabat di atas jenjang Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari maupun secara horizontal yakni para pejabat lintas sektoral yang setara dengan Dinas Kesehatan, seperti Kepala Bappeda dan Kepala Dinas terkait dengan kegiatan-kegiatan kesehatan.

6.3. Undang-undang Otonomi Daerah, Kebijakan Daerah (Visi dan Misi) dan Kemampuan Keuangan Daerah (PAD)

Undang-undang otonomi daerah telah memberikan pengaruh terhadap kebijakan daerah. Saat ini daerah mempunyai kewenangan besar dalam melaksanakan pembangunannya termasuk pembangunan bidang kesehatan. Sejak diberlakukannya undang-undang ini, maka pendanaan bidang kesehatan yang semula bertumpu pada anggaran pusat sedikit demi sedikit dialihkan kepada kabupaten/kota. Kenyataan ini sesuai dengan pernyataan dari Trisnantoro (2005) periode tahun 2001 sampai 2003 merupakan fase awal kebijakan desentralisasi yang diterapkan di sektor kesehatan dimana sebelum desentralisasi alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Pusat.

Didasarkan pada undang undang ini pemerintah daerah mempunyai tanggung jawab yang kuat untuk mengimplementasikan ketentuan undang-undang tersebut. Keadaan ini sesuai dengan Kerangka Konsep yang menunjukkan adanya keterkaitan timbal balik antara Undang-undang Otonomi Daerah dengan kebijakan publik yang dihasilkan. Undang-undang Otonomi Daerah sebagai salah satu kebijakan pusat

mempunyai pengaruh terhadap pelaku kebijakan dengan sifatnya yang memaksa untuk diimplementasikan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hapsara (2004) bahwa instrumen yang digunakan dalam pelaksanaan sebuah kebijakan negara dapat bersifat memaksa. Demikian pula sesuai dengan pernyataan James E Anderson (1979) bahwa keputusan pemerintah dalam arti positif selalu didasarkan pada peraturan perundang-undangan dan bersifat memaksa (otoritatif).

Selain hal diatas terlihat pula visi misi kabupaten yang terdapat dalam dokumen perencanaan daerah yaitu dalam RPJM sebagai salah satu komponen pada lingkungan kebijakan yang mempengaruhi pelaku kebijakan serta kebijakan publik yang dihasilkan. Hal ini terlihat dari jawaban sebagian besar informan yang menyatakan bahwa sektor prioritas didasarkan pada visi yang akan dicapai serta misi yang akan dilaksanakan. Dari pernyataan ini terlihat bahwa visi misi mempengaruhi prioritas pembangunan. Disamping itu visi misi memiliki keterkaitan terhadap pelaku kebijakan dalam menetapkan besarnya alokasi anggaran untuk dinas kesehatan yang tertuang dalam bentuk kesepakatan bersama antara eksekutif dan legislatif yaitu berupa Prioritas dan Plafon Anggaran. Hal ini terlihat dari jawaban sebagian besar informan yang menempatkan visi misi sebagai acuan untuk melakukan suatu keputusan.

Dalam melaksanakan pembangunan di wilayahnya Pemerintah Kabupaten Batanghari mengalokasikan sejumlah dana, termasuk yang dialokasikan pada pembangunan bidang kesehatan. Telah diketahui bahwa kemampuan anggaran daerah ada keterbatasannya maka tidak semua perencanaan penganggaran dapat direalisasikan. Oleh karenanya diperlukan strategi dan penentuan prioritas dalam perencanaan penganggaran.

Penganggaran pada dinas kesehatan kabupaten pada tahun 2007 terlihat menurun, salah satu argumen yang disampaikan adalah adanya keterbatasan kemampuan anggaran untuk melaksanakan program kesehatan. Salah seorang menyatakan yang menentukan anggaran adalah kemampuan keuangan, kemudian tim anggaran, dan IPM kearah mana. Hal ini sesuai dengan pernyataan Thabrany (2005) faktor yang menentukan prioritas dan kecukupan alokasi anggaran daerah bidang kesehatan antara lain adalah jumlah penerimaan daerah yang berasal dari pemerintah pusat yang tercantum dalam jumlah APBD.

Kemampuan keuangan daerah (Lampiran 6, Ringkasan APBD Kabupaten) dapat dilihat bahwa Pendapatan Daerah pada APBD 2007 adalah sebesar Rp.393.869.684.905,00 sedangkan Belanja Daerah adalah sebesar Rp.429.291.406.382,00 berarti terdapat defisit anggaran. Dari jumlah pendapatan tersebut, yang merupakan PAD sebesar Rp. 20.884.666.268,00 (5,3%), Dana Perimbangan adalah Rp. 362.785.312.750,00 (92,1%) dan lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah sebesar Rp. 10.239.705.887,00 (2,6%).

PAD merupakan salah satu sumber pendapatan dalam APBD sesuai dengan Undang-undang Nomor 33 tahun 2004. Pada bab 5 telah dijelaskan bahwa berdasarkan sumber pendapatan porsi terbesar penyumbang pembiayaan kesehatan Kabupaten Batanghari adalah Dana Alokasi Umum (DAU), sementara pada PAD memberikan kontribusi yang kecil kepada kegiatan kesehatan, sehingga PAD menurut salah seorang informan memang tidak berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan karena pemerintah daerah tidak menerapkan setoran PAD berbanding dengan pembiayaan.

PAD Kabupaten Batanghari khususnya yang berasal dari kesehatan relatif kecil, sebaliknya dana perimbangan yang terdiri dari DAU serta DAK sangat besar persinya. Kecilnya PAD yang dimiliki oleh Kabupaten Batanghari yaitu hanya 5,3% dari total pendapatan APBD (Lampiran 6) menurut peneliti hal ini dapat disebabkan belum tergalinya potensi PAD yang riil dimiliki daerah dan belum optimalnya pengelolaan kekayaan daerah, sehingga PAD ini tidak memberikan pengaruh yang berarti kepada pembiayaan kesehatan daerah karena sistem keuangan di daerah tidak menganut proporsi anggaran berdasarkan setoran PAD tetapi anggaran berbasis kinerja sesuai Permendagri nomor 13 tahun 2006.

Penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2003) bahwa PAD menjadi penyumbang terbesar dalam pembiayaan kesehatan di Tangerang tahun 2003 yaitu sebesar Rp. 39.377.231.000,00 dari total pembiayaan sebesar Rp. 80.960.838.900,00 atau 48,64% sehingga PAD sangat mempengaruhi pembiayaan di Tangerang pada tahun 2003.

Jika membandingkan PAD Kabupaten Batanghari yang kecil dengan Kabupaten Tangerang, karena Kabupaten Tangerang merupakan daerah pinggiran Ibukota Indonesia yang banyak dijadikan kawasan industri, perdagangan dengan mobilisasi penduduk yang tinggi serta memiliki objek pajak yang banyak sedangkan Kabupaten Batanghari masih didominasi pertanian dan perkebunan sedangkan sektor pertambangan / penggalian yaitu minyak dan gas bumi mengalami penurunan, sektor kehutanan juga pertumbuhannya negatif disebabkan tidak adanya peremajaan hutan yang menyebabkan kayu rimba semakin menipis bahkan hampir habis sehingga secara agregat menjadi penyebab kenapa PAD yang ada masih kecil.

Dari segi biaya per-kapita dapat terlihat bahwa tahun 2007 dengan jumlah belanja APBD sebesar Rp.429.291.406.382,00 dan dengan jumlah penduduk tahun 2006 sebesar 217.935 jiwa maka jumlah belanja per-kapita tahun 2007 sebesar Rp.1.969.814,00, sedangkan belanja kesehatan per-kapita pada tahun 2007 yang berasal dari APBD Kabupaten yang direalisasikan pada dinas kesehatan, yang ditujukan untuk kegiatan/program atau belanja langsung Rp.13.210.900.700,00, adalah sebesar Rp.60.618,00. Dari data tersebut terlihat bahwa biaya perkapita APBD Kabupaten dibandingkan dengan biaya kesehatan per-kapita terlihat kesenjangan yang sangat tajam. Dengan melihat perbandingan tersebut dapat diperkirakan bahwa pembangunan kesehatan belum menjadi sektor prioritas.

Sementara itu dari data Kabupaten Pontianak Kalimantan Barat tahun 2005 (Harmana T, 2006) menunjukkan bahwa anggaran yang dialokasikan pada Dinas Kesehatan adalah sebesar Rp.26.951.342.000,00; sedangkan total APBD Kabupaten tahun 2004 adalah sebesar Rp. 326.412.223.000,00. Dengan demikian persentase anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak terhadap total APBD Kabupaten adalah sebesar 8,26 %. Dari hasil tersebut jika dibandingkan dengan keadaan yang terdapat di Kabupaten Batanghari maka anggaran yang dialokasikan pada Kabupaten Batanghari masih lebih rendah dibandingkan dengan Kabupaten Pontianak, anggaran yang dialokasikan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari terhadap total APBD Kabupaten tahun 2007 adalah sebesar 6,22 %.

Pemerintah daerah tidak membedakan asal pendapatan, sehingga tetap secara agregat PAD dari dinas kesehatan menjadi salah satu sumber pendapatan daerah, jadi peneliti menyimpulkan bahwa untuk saat ini di Kabupaten Batanghari PAD

belum menjadi faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran kesehatan di dinas kesehatan Kabupaten Batanghari pada tahun 2007.

6.4. Dana Luar PAD

Hasil penelitian melalui telaahan dan olahan data sekunder menunjukkan bahwa dana perimbangan menjadi sumber pendapatan yang paling besar memberikan kontribusi terhadap pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Batanghari yang bersumber pada APBD tahun anggaran 2007 yaitu sebesar 92,1%. (lampiran 7) Wawancara mendalam kepada para informan juga menyatakan bahwa sumber pendapatan terbesar dari DAU yang merupakan salah satu bagian dari dana perimbangan.

Besarnya kontribusi dana perimbangan terhadap pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Batanghari tahun anggaran 2007 disebabkan jumlah pendapatan pada APBD sesuai struktur APBD yang diatur Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 menghasilkan dana perimbangan memberikan kontribusi terbesar yaitu 92,1% dari total APBD Kabupaten Batanghari tahun anggaran 2007 dengan DAU sebagai sumber pendapatan terbesar.

DAU yang diberikan kepada daerah ditetapkan sekurang-kurangnya 25% dari Penerimaan Dalam Negeri yang ditetapkan dalam APBN. DAU untuk daerah Propinsi dan Kabupaten/kota ditetapkan masing-masing sebesar 10% dan 90% (Mardiasmo, 2002). DAU ini sebenarnya dimaksudkan untuk menjaga pemerataan dan perimbangan keuangan antara daerah, menjaga agar tidak terlalu besar *fiscal gap* yang terjadi. *Fiscal gap* didapat dari formulasi *fiscal needs* dibandingkan dengan *fiscal capacity*.

DAU (lihat lampiran 7) adalah sebesar Rp. 237.751.000.000,00 atau 60,4% dari jumlah dana perimbangan, sedangkan DAK adalah sebesar Rp. 36.229.377.750,00 atau 9,2% dan DBH sebesar Rp. 88.804.935.000,00 (22,5%). Sumber DAK tidak saja dari bidang kesehatan, tetapi juga berasal dari DAK non DR bidang pendidikan, infrastruktur, perikanan, pertanian, lingkungan hidup dan DAK non DR prasarana pemerintahan. (lampiran 8) Hal ini menurut peneliti menjadi salah satu sumber untuk peningkatan pembiayaan pembangunan daerah, namun untuk DAK non DR bidang Kesehatan daerah masih perlu menyampaikan usulan dan data awal agar pada perhitungan formulasi penentuan alokasi DAK melalui kriteria umum, kriteria khusus dan kriteria teknis dapat maksimal, walaupun pemerintah pusat telah memiliki formula tertentu dalam menetapkannya daerah juga harus pro aktif dalam melakukan pendekatan untuk mendapatkan dana tersebut di pusat.

Penelitian yang dilakukan oleh Sariasih (2005) mengatakan bahwa adanya hubungan antara variabel fiskal, status wilayah, status kesehatan akses air bersih, akses pelayanan kesehatan dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan besaran alokasi DAK non DR pada tahun 2005 melalui kriteria umum, kriteria khusus dan kriteria teknis.

Peneliti berpendapat bahwa dana perimbangan menentukan besar kecilnya alokasi untuk pembiayaan kesehatan di Kabupaten Batanghari. Semakin besar dana perimbangan (DAU) maka semestinya semakin besar pula alokasi anggaran dinas kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa item lain-lain pendapatan yang sah sesuai struktur APBD menurut Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 memberikan

kontribusi sebesar 2,6% dari total pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Batanghari bersumber pada APBD tahun anggaran 2007.

Pendapatan ini didapat dari dana hibah pemerintah pusat kepada daerah dalam bentuk proyek pengembangan sumber daya kesehatan atau *Health Work force and Services (HWS)*. Kegiatan HWS ini berlangsung selama 5 tahun dimulai dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2008, diharapkan setelah kegiatan HWS ini selesai Pemerintah Daerah dapat mengalokasi dana APBD sebesar 15% sesuai dengan kesepakatan pertemuan nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia dalam rangka desentralisasi dibidang kesehatan yang diadakan pada tanggal 28 Juli 2000 yang menyatakan bahwa secara bertahap proporsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sehingga sesuai dengan kebutuhan standar Badan Kesehatan Dunia (WHO) yaitu minimal 5% dari PDRB (*Product Domestic Regional Bruto*) atau setara dengan minimal 15% dari APBD.

Kegiatan HWS yang memiliki jangka waktu tertentu akhirnya hanya bersifat sementara, kesinambungan program tidak dapat dipastikan. Implikasinya bagi pembiayaan kesehatan, daerah harus dapat mencari dan menggali potensi sumber daya yang lain, inilah sebenarnya tantangan para praktisi kesehatan di daerah.

Struktur pendapatan APBD sesuai Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 yang terdiri dari PAD, Dana Perimbangan dan Lain-lain Pendapatan yang Sah secara agregat menjadi sumber pembiayaan kesehatan daerah, walaupun secara fakta di lapangan PAD belum mempengaruhi pembiayaan kesehatan di Kabupaten Batanghari.

6.5. Prioritas Pembangunan dan Pemanfaatan Anggaran Kesehatan

Sebagian besar informan menyatakan pembangunan manusia adalah unsur yang sangat penting untuk mencapai kesejahteraan. Hal ini tertuang dalam visi Kabupaten Batanghari yaitu “Masyarakat Kabupaten Batanghari yang maju, adil dan sejahtera berlandaskan ketaqwaan”. Menurut mereka untuk mewujudkan manusia yang maju tersebut maka titik berat pembangunan yang dilakukan di Kabupaten ini adalah yang mendukung Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Unsur-unsur yang mendukung IPM inilah yang menjadi prioritas pembangunan yang akan dilaksanakan, sektor-sektor tersebut adalah sektor pendidikan, kesehatan dan ekonomi (peningkatan infra struktur dan daya beli). Jadi sektor kesehatan merupakan prioritas nomor dua dalam dokumen perencanaan pembangunan.

Berdasarkan jawaban informan dapat terlihat sesungguhnya mereka mengetahui bahwa untuk mencapai kesejahteraan sangat diperlukan pembangunan yang mencakup bidang pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Dep. Kes RI (2000) bahwa keberhasilan pembangunan di daerah kabupaten dan kota sangat ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia dan peran serta masyarakat sebagai pelaku pembangunan. Oleh karena itu peningkatan kualitas sumber daya manusia di daerah merupakan prioritas dalam pelaksanaan pembangunan daerah.

Namun faktanya anggaran kesehatan yang dialokasikan melalui APBD selama tahun 2006-2007 mengalami penurunan persentasenya dan mendapat alokasi anggaran yang persentasenya menduduki urutan nomor lima dalam APBD. Dengan demikian terlihat bahwa pemerintah kabupaten tidak konsisten dalam pembangunan bidang kesehatan. Hal ini dapat disebabkan visi dan misi yang mereka pahami baru

sebatas pengetahuan, belum terkait dengan pemahaman arti sehat secara mendalam, kerugian-kerugian akibat sakit yang harus diderita serta investasi sumberdaya dimasa depan yang sangat terkait dengan keadaan sehat saat ini.

Bila dikaitkan dengan IPM yang paling mendongkrak adalah pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Dari jawaban terlihat bahwa sektor prioritas tergantung pada misi yang akan ditekankan pada tahun tersebut. bisa saja prioritas bukan bidang kesehatan, karena dari lima misi yang ada ternyata hanya satu misi yang mempunyai pengaruh kuat terhadap kesehatan yaitu meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Informan tersebut juga menambahkan tidak kalah pentingnya kegiatan yang menjadi prioritas adalah karena hasil evaluasi kegiatan tahun yang lalu. Berdasarkan evaluasi maka akan dapat ditentukan kegiatan mana yang perlu dilanjutkan, ditingkatkan atau perlu dihentikan. Jadi banyak kriteria dalam menentukan prioritas pembangunan. IPM adalah salah satunya.

Hal ini bertentangan dengan pernyataan Dep. Kes RI (2000) yang sangat menekankan IPM sebagai indikator dalam pembangunan bidang kesehatan. Dalam rangka peningkatan kualitas SDM yang diukur dengan indikator "*Human Development Index*" (HDI), pembangunan kesehatan merupakan unsur yang sangat menentukan dan hak dasar manusia, disamping pembangunan pendidikan dan pembangunan ekonomi.

Dengan penekanan yang kuat pada IPM maka bidang kesehatan menjadi penting. Akan tetapi dari pernyataan informan tersebut terlihat bahwa kegiatan/program tidak semata-mata ditentukan oleh IPM atau unsur IPM ini tidak dominan. Jika pemahaman informan demikian maka pembangunan kesehatan tidak

menjadi prioritas dengan tidak menjadi prioritas maka anggaran yang dialokasikan juga tidak diprioritaskan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Hapsara (2004), penerapan desentralisasi menuntut pemerintah pusat menyerahkan berbagai kewenangan dalam pembangunan termasuk pembangunan kesehatan kepada pemerintah daerah yang diikuti dengan pengalokasian anggaran yang memadai.

Demikian pula pernyataan yang disampaikan oleh Hendrartini dan Ghufron dalam Trisnantoro (2005) yang menyatakan salah satu resiko dari pelaksanaan otonomi daerah khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan terletak pada kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan.

Selain itu adanya pemahaman yang masih lemah juga dinyatakan oleh seorang informan, yang menyatakan adanya instansi berwenang yang kurang memahami isu strategis kesehatan yang dihadapi sekarang dan terkadang berbenturan dengan politis, serta adanya perbedaan persepsi dan pemahaman terhadap program prioritas. Sementara itu di tingkat kecamatan kadang-kadang pembangunan lebih bersifat fisik daripada program.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Thabrany (2005) faktor yang menentukan prioritas dan kecukupan alokasi anggaran bidang kesehatan adalah jumlah penerimaan daerah berasal dari pemerintah pusat dan daerah yang tercantum dalam jumlah APBD dan skala prioritas terhadap bidang kesehatan dimata para Pimpinan daerah.

Demikian pula apa yang disampaikan oleh Hendrarti dan Ghufron Mukti dalam Trisnantoro (2005) secara umum orientasi dan prioritas pembangunan daerah

selama ini lebih ke arah pembangunan fisik yang relatif kasat mata dan mudah dievaluasi, sedangkan anggaran kesehatan dapat dipandang sebagai program non fisik yang tidak menarik perhatian pemerintah daerah.

Pemerintah memang cenderung tidak dapat melepaskan unsur politis dalam pembangunannya. Keberhasilan seringkali diukur dengan banyaknya gedung-gedung yang didirikan. Pembangunan yang bersifat fisik memang sangat monumental, mudah terlihat serta mudah diukur oleh masyarakat. Sehingga kemungkinan besar didalam melaksanakan pembangunan di daerahnya penentu kebijakan memutuskan kebijakannya terkait dengan unsur politis dan mengambil suatu keputusan yang cenderung populis.

Sementara pembangunan bidang kesehatan lebih bersifat program jangka panjang, dampaknya tidak cepat dirasakan (khususnya perubahan perilaku), sulit terlihat dan diukur oleh masyarakat. Hal inilah yang membuat pemerintah daerah lemah dalam memperjuangkan pembangunan di bidang kesehatan. Terkecuali pembangunan sarana/prasarana yang bersifat fisik.

Uraian di atas terkait dengan kerangka konsep yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya. Terlihat adanya keterkaitan antara prioritas pembangunan dan besarnya alokasi anggaran dinas kesehatan dengan para pelaku kebijakan yang mempunyai peran dan komitmen. Peran dan komitmen pada bidang kesehatan akan terbentuk dari pemahaman terhadap bidang kesehatan, semakin baik pemahamannya maka (apabila ditunjang oleh kemampuan daerah) semakin besar pula dukungan peran dan komitmennya pada bidang kesehatan dan anggaran yang dialokasikan. Dengan demikian penentu kebijakan berperan (mempengaruhi) dalam menentukan sektor apa yang menjadi prioritas. Disini terlihat bahwa pelaku kebijakan

mempengaruhi prioritas pembangunan. Disisi lain jika penentu kebijakan sudah menentukan suatu prioritas maka mereka harus memenuhi kebutuhan prioritas tersebut, disinilah terlihat bahwa prioritas pembangunan mempengaruhi pelaku kebijakan pada keadaan ini nampak keterkaitan timbal balik antara pelaku kebijakan dengan prioritas pembangunan. Hal yang sama akan nampak pula pada kebijakan anggaran.

Bila dikaji dari pemanfaatan dana di dinas kesehatan (Tabel 5.7) dapat dilihat bahwa penggunaan dana yang ditujukan untuk belanja modal lebih besar persentasenya dibandingkan untuk belanja barang dan jasa. Bila dikelompokkan ke dalam kelompok biaya menurut sifat kegunaannya maka biaya investasi memiliki persentase yang lebih besar dari biaya operasional dan pemeliharaan (Tabel 5.8). Ini tak sesuai dengan teori konsep biaya dimana seharusnya biaya operasional adalah 60%, biaya investasi dan pemeliharaan masing-masing sebesar 20%.

Hal ini disebabkan karena perencanaan dan manajemen anggaran investasi biasanya terpisah dari perencanaan dan manajemen anggaran operasional dan pemeliharaan. Dalam melakukan investasi (misalnya fasilitas baru atau inovasi program baru), sering implikasi biaya operasional dan biaya pemeliharaan investasi tersebut tidak diperhitungkan. Akibatnya banyak investasi yang tidak dapat berjalan dengan baik. Misalnya ada alat yang tidak dapat difungsikan karena tidak cukup biaya personilnya. Ada inovasi program baru ke puskesmas tanpa disertai tambahan biaya operasionalnya sehingga program-program menumpuk tanpa direalisasi.

Dari dana yang ada bila dikelompokkan ke dalam kelompok dana untuk program dan bukan program (Tabel 5.11) maka ternyata dana untuk program

persentasenya lebih kecil (33,67%) dibandingkan dengan dana untuk bukan program yang berbentuk pembangunan fisik (66,33%).

Alokasi anggaran dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan untuk pelayanan promotif mendapat alokasi yang lebih kecil dibandingkan dengan alokasi untuk pelayanan preventif dan kuratif. Seharusnya dana untuk promotif lebih besar persentasenya karena secara teori bahwa faktor yang menentukan derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku sedangkan peranan pelayanan kesehatan kuratif lebih kecil (Gani, 2002).

Jadi dapat dilihat bahwa dinas kesehatan sebagai instansi pengguna alokasi dana ternyata masih kurang baik dalam melaksanakan program pembangunan kesehatan dimana masih berorientasi pada pembangunan fisik bukan berorientasi kepada kebutuhan untuk mencapai perbaikan indikator-indikator kesehatan yang telah ditetapkan di dalam KW-SPM, Renstra Dinas Kesehatan tahun 2006-2010, dan Renja Dinas Kesehatan, yang seharusnya dijadikan dasar penentuan skala prioritas karena merupakan cara untuk menjamin dan mendukung kewenangan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh daerah kabupaten / kota. Penetapan standar pelayanan minimal daerah harus mengacu pada indikator-indikator standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan dari pusat (Departemen Kesehatan).

Renstra juga dijadikan sebagai acuan karena skala prioritas yang ditetapkan harus dapat mendukung visi dan misi pemerintah daerah, sehingga terdapat kesesuaian antara skala prioritas yang akan dicapai.

Di dalam Renstra Dinas Kesehatan tersebut pun terdapat matriks strategi program, kegiatan dan anggaran indikatif yang menunjukkan banyaknya tujuan strategis yang akan dicapai melalui program promosi kesehatan, penyehatan

lingkungan sehat, upaya kesehatan masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, tetapi dalam pelaksanaannya terdapat ketidak sinkronan dimana persentase anggaran untuk program tersebut lebih kecil daripada untuk program yang bukan merupakan prioritas.

Menurut Gani (1998) program-program kesehatan yang akan dilaksanakan didasarkan atas daftar masalah kesehatan yang ada. Dalam keadaan dana yang terbatas, penting sekali untuk menetapkan prioritas masalah. Pelaksanaan program secara menyeluruh minimal berdasarkan kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal sehingga dana terbatas tersebut dapat mengakomodir program-program kesehatan dimaksud walaupun tidak cukup untuk membuat pelaksanaan program-program kesehatan menjadi efektif dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Dari tabel 5.13. dapat dilihat bahwa pencapaian indikator pada tahun 2007 di Kabupaten Batanghari untuk indikator mortalitas angka kematian bayi, kematian balita dan kematian ibu sudah baik. Indikator mortalitas yang belum sesuai dengan target Indonesia Sehat 2010 adalah angka harapan hidup, kesakitan malaria, kesembuhan penderita TB Paru, AFP pada anak < 15 tahun dan kesakitan DBD. Dari indikator perilaku hidup masyarakat juga dapat dilihat bahwa masih banyak yang belum mencapai target antara lain persentase rumah PHBS, posyandu mandiri dan purnama, persalinan dengan tenaga kesehatan, ibu hamil yang mendapat tablet Fe dan bayi yang mendapat ASI eksklusif. Dapat disimpulkan bahwa kesadaran masyarakat Kabupaten Batanghari masih rendah dalam bidang kesehatan. Ini pun dapat menggambarkan bahwa dinas kesehatan belum baik kinerjanya dalam melaksanakan kegiatan promosi kesehatan, dan kegiatan P2MPL.

6.6. Peran, Kekuatan/Kekuasaan

Dalam proses perencanaan penganggaran, peran pengambilan keputusan atau peran orang-orang yang terlibat didalamnya sangatlah penting, karena dari peran yang mereka lakukan akan lahir suatu keputusan dalam bentuk kebijakan, yang dalam hal ini adalah kebijakan penganggaran pada dinas kesehatan. Berdasarkan jawaban semua informan menyatakan bahwa peran yang dilakukan didasarkan pada tugas pokok dan fungsi (tupoksi) yang diembannya.

Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen, tugas pokok dan fungsi (tupoksi) para aktor dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan bidang kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 kriteria, kriteria pertama yakni sebagai penanggung jawab dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran, kriteria kedua mengkoordinasikan, merumuskan dan mengevaluasi usulan-usulan kegiatan/program-program pembangunan dan kriteria ketiga adalah aktor yang mempunyai tugas dan fungsi pokok sebagai penyusun dan menyampaikan usulan-usulan kegiatan / program-program pembangunan.

Pada proses perencanaan penganggaran penentu kebijakan yang memiliki kekuatan/kekuasaan adalah pada tingkat legislatif, tim anggaran eksekutif dan Bappeda sebagai *leading sector*. Hal ini dapat terlihat pada proses perencanaan yang tertuang dalam Permendagri No. 13 Tahun 2006, dari pernyataan ini terlihat bahwa tim anggaran eksekutif mempunyai kekuatan yang lebih tinggi dari unit-unit kerja, karena merekalah yang menentukan arah kebijakan umum pembangunan dan bersama-sama unit kerja menyusun rancangan anggaran serta mengevaluasi dan mengembalikan usulan rancangan unit kerja jika perlu dilakukan revisi, perubahan atau penyempurnaan. Sementara itu panitia anggaran legislatif juga sangat

menentukan kekuatan/kekuasaannya seperti yang dinyatakan oleh seorang informan bahwa Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) mempunyai peran yang sangat menentukan, termasuk hak yang dimiliki dalam pembahasan persoalan anggaran (*hak budgetting*).

Sedangkan seorang informan lain menyatakan bahwa Bappeda berperan memformulasikan arah kebijakan pembangunan tahunan yang akan disepakati bersama pihak legislatif serta mensortir (sesuai dengan program prioritas) usulan-usulan unit kerja dalam perencanaan anggaran. Dari pernyataan ini dapat terlihat bahwa peran Bappeda juga cukup kuat karena menentukan usulan-usulan yang disampaikan oleh unit kerja.

Dari uraian diatas terlihat bahwa ketiga unsur tim anggaran eksekutif, legislatif dan Bappeda merupakan unsur yang memiliki kekuatan dan kekuasaan dalam perencanaan penganggaran. Peran yang dilakukan oleh ketiga komponen tersebut merupakan kunci utama dalam proses perencanaan penganggaran. Dengan kata lain peran ketiga komponen tersebut sangat menentukan kebijakan anggaran yang akan ditetapkan. Jadi proses perencanaan dan penganggaran yang bersifat politik, teknokratik dan *top-down* lebih besar pengaruhnya dibandingkan dengan proses perencanaan yang bersifat partisipatif dan *bottom-up* dari hasil musrenbang.

Mengingat dalam tugasnya para aktor yang bertanggung jawab terhadap penyusunan dan penganggaran pembangunan, memiliki kekuatan dan kekuasaan yang besar dalam menentukan dan menetapkan anggaran pembangunan bidang kesehatan, untuk itu diperlukan upaya memanfaatkan secara positif kekuatan dan kekuasaan yang dimiliki para penanggung jawab ini. Melalui pendekatan-pendekatan secara individual maupun secara organisasi, diharapkan nantinya ada

perubahan cara pandang para aktor akan pentingnya pembangunan bidang kesehatan, hal ini dapat diwujudkan bila para penanggung jawab ini memiliki pengetahuan tentang program-program/upaya-upaya pembangunan bidang kesehatan yang memadai.

Diperlukan adanya kesinergisan dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran, oleh karena itu para penentu kebijakan yang mempunyai tugas dan fungsi pokok sebagai koordinator, perumus dan pengevaluasi dalam proses perencanaan dan penganggaran, perlu memiliki persepsi dan pemahaman yang sama terhadap pembangunan bidang kesehatan. Untuk itulah diperlukan keterpaduan antara para aktor sehingga koordinasi dapat berjalan dengan baik.

Agar penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan dapat berjalan dengan baik sesuai dengan kaidah-kaidah perencanaan, perlunya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan para aktor yang mempunyai tugas dan fungsi pokok sebagai penyusun dan menyampaikan usulan-usulan kegiatan/program-program pembangunan. Sehingga nantinya dengan kemampuan dan ketrampilan yang baik, diharapkan usulan-usulan yang disampaikan kepada para pengambil kebijakan pembangunan memiliki kualitas yang baik, dalam artian usulan tersebut merupakan solusi untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan dan dapat mewujudkan tujuan pembangunan bidang kesehatan.

6.7. Komitmen

Sementara itu diketahui dimensi komitmen dari pelaku kebijakan turut mempengaruhi suatu kebijakan publik. Sebagian informan menyatakan adanya komitmen dalam kesehatan. Namun demikian bila diperhatikan ternyata komitmen

ini hanya sebatas komitmen dalam dokumen perencanaan yang menempatkan pembangunan kesehatan pada prioritas tapi dalam pelaksanaannya alokasi anggaran kesehatan belum mendapat prioritas, pembangunan infrastruktur masih dianggap lebih penting dengan alokasi anggaran yang lebih besar dalam APBD. Dengan melihat komitmen yang diuraikan maka sebenarnya komitmen ini dirasakan tidak konsisten dan masih dipengaruhi oleh pemahaman para aktor bahwa pembangunan kesehatan sebatas pembangunan fisik dan ketersediaan sarana dan prasarana saja .

Keadaan tersebut memang wajar dan hal ini sesuai dengan Kerangka Konsep yang telah ditetapkan, bahwa komitmen pelaku kebijakan saling pengaruh mempengaruhi terhadap lingkungan kebijakan (dalam hal ini kemampuan pemerintah daerah dan kebijakan daerah, visi misi yang terkait), karena bagaimanapun penetapan suatu kebijakan didasari oleh berbagai pertimbangan yang mempengaruhinya. Yang menjadi persoalan adalah pemahaman dari pelaku kebijakan, jika pemahaman terhadap kesehatan kuat maka apapun yang mempengaruhinya maka dukungan peran dan komitmen tetap menguat pada kesehatan (apalagi jika kemampuan daerah memadai) dan menjadikan sektor kesehatan sebagai prioritas pembangunan. Demikian pula sebaliknya jika pemahaman pelaku kebijakan lemah maka akan lemah pula dukungan peran dan komitmennya pada sektor kesehatan.

Keadaan ini dijelaskan Hendrartini dan Ghufron *dalam* Trisnantoro (2005) yang menyatakan salah satu resiko dari pelaksanaan otonomi daerah khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan terletak pada kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan.

Salah satu kebijakan tentang pembiayaan kesehatan di daerah yang pernah disepakati oleh para Bupati/Walikota dalam era desentralisasi adalah alokasi dana APBD sebesar 15 %. Namun dalam kenyataannya kesepakatan ini baru merupakan wacana, apalagi kesepakatan ini tidak merupakan dasar hukum yang jelas, sehingga dalam realisasinya banyak pejabat di daerah yang tidak komitmen untuk merealisasikannya sehingga persentase anggaran kesehatan di banyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi yaitu berkisar antara 2,5 % sampai dengan 4 % dan maksimum 7 %. Melihat kondisi ini ternyata Pemerintah Kabupaten Batanghari juga termasuk dalam kategori tersebut, yakni baru mencapai 6,22 % dari APBD Kabupaten pada tahun 2007.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui pemahaman para aktor terhadap pembangunan bidang kesehatan adalah masih berbentuk pemahaman umum dimana sebagian besar informan mengatakan pembangunan kesehatan adalah merupakan hak dasar masyarakat, kewajiban pemerintah dan pembangunan yang menyangkut hakekat hidup rakyat. Pengetahuan dan persepsi para aktor, hanya berupa pembangunan fisik sarana dan prasarana unit pelayanan kesehatan, seperti pembangunan/rehabilitasi gedung inti pelayanan (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu dan Polindes), peralatan medis dan obat-obatan.

Sedangkan pengetahuan tentang program-program/upaya-upaya kesehatan lainnya, seperti Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang meliputi beberapa upaya-upaya kesehatan seperti promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, penyehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, gizi masyarakat dan lainnya masih rendah.

Hal ini menurut hemat penulis, dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan para aktor yang berperan menentukan alokasi anggaran kesehatan tidak mempunyai komitmen untuk meningkatkan anggaran biaya pembangunan bidang kesehatan. Komitmen para aktor sangat dipengaruhi oleh pemahaman dan pengetahuan tentang pembangunan kesehatan, dimana apabila para aktor telah memahami dan memiliki pengetahuan tentang pembangunan kesehatan akan lebih mudah bagi aktor memahami permasalahan dan hambatan-hambatan yang ada dalam program pembangunan kesehatan, dengan demikian pimpinan unit kerja bidang kesehatan/kepala dinas kesehatan dapat lebih mudah dalam menyampaikan informasi kesehatan untuk mewujudkan usulan-usulan program-program/kegiatan pembangunan bidang kesehatan.

Oleh karena itu, sangat dibutuhkan sosialisasi/penyebaran informasi pembangunan bidang kesehatan kepada para aktor. Sosialisasi ini dapat dilakukan melalui kegiatan-kegiatan advokasi, pertemuan, seminar-seminar, lokakarya dan kegiatan lainnya, seperti advokasi pada media masa yang membahas topik pembangunan kesehatan.

Pendidikan kesehatan, yang dewasa ini lebih dikenal dengan promosi kesehatan adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat (termasuk para aktor) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mengingat tujuan akhir promosi kesehatan bukan sekedar masyarakat mau hidup sehat (*willingness*), tetapi juga mampu (*ability*) untuk hidup sehat, maka promosi kesehatan bukan sekedar menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan agar masyarakat mengetahui dan berperilaku hidup sehat, tetapi juga bagaimana masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya, yang

pada akhirnya para aktor tersebut mempunyai komitmen terhadap pembangunan bidang kesehatan dengan diwujudkannya peningkatan alokasi dana di Dinas Kesehatan.

6.8. Kepentingan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa hampir sebagian besar informan, menyatakan bahwa pembangunan kesehatan sangat bermanfaat dan para aktor memiliki kepentingan terhadap pembangunan kesehatan.

Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan pembangunan yang bermanfaat bagi para aktor, manfaat yang didapat adalah karena pembangunan kesehatan memiliki keterkaitan yang erat dalam kewajiban dan tugas para aktor, dimana keberhasilan program pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah juga merupakan keberhasilan program pembangunan lainnya.

Pembangunan kesehatan tidak akan pernah dapat berhasil tanpa adanya dukungan dari seluruh komponen masyarakat dan adanya koordinasi yang baik antara para pelaku pembangunan. Oleh karena itu dengan adanya kepentingan yang besar dari para aktor, hal ini memiliki dampak positif terhadap pembangunan kesehatan, dimana program-program kesehatan dapat dilaksanakan melalui kerjasama antar lintas program.

Oleh sebab itu, guna mewujudkan dukungan para aktor dan masyarakat luas dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Batanghari adalah dengan melakukan promosi kesehatan secara intensif dan berkesinambungan. Promosi kesehatan dapat diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau

“menjual” program kesehatan sehingga masyarakat dapat memahami dan menerima program kesehatan dan akhirnya masyarakat mau terlibat dalam pembangunan kesehatan serta berperan aktif serta melaksanakan program kesehatan dan berperilaku hidup bersih dan sehat serta ikut memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri.

Pendekatan perubahan perilaku masyarakat dapat diarahkan pada beberapa faktor, yakni faktor *predisposisi* adalah dalam bentuk pemberian informasi atau pesan kesehatan dan penyuluhan masyarakat, faktor pemungkin (*enabling*) adalah dengan memberdayakan masyarakat melalui pengorganisasian atau pengembangan, diharapkan nantinya mampu memfasilitasi diri mereka atau masyarakat sendiri bukan dengan memberikan fasilitas dan sarana-sarana kesehatan. Selanjutnya adalah faktor penguat (*reinforcing*) adalah memberikan pelatihan-pelatihan kesehatan kepada para tokoh masyarakat baik formal maupun informal dengan tujuan agar nantinya para tokoh mampu menjadi contoh bagi masyarakat sekitarnya serta dapat mentransformasikan pengetahuan-pengetahuan kesehatan yang didapat kepada masyarakat sesuai dengan ketokohnya.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diperoleh informasi mengenai kepentingan para aktor yang terlibat dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan adalah sebagian besar kepentingan para aktor dalam kepentingan netral dalam upaya pembangunan kesehatan juga merupakan prioritas dalam pembangunan.

Bidang lain diluar bidang kesehatan yang merupakan prioritas dalam pembangunan di Kabupaten Batanghari adalah bidang pembangunan infrastruktur dasar, bidang pendidikan dan bidang pengentasan kemiskinan. Hal ini sesuai dengan penjabaran visi, misi dan program Kepala Daerah Kabupaten Batanghari dalam

RPJM Kabupaten Batanghari Tahun 2006 - 2011 dimana strategi dan arah kebijakan pembangunan Kabupaten Batanghari Tahun 2006 – 2011 adalah; (1) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (2) Meningkatkan kesejahteraan rakyat. (3) Mempercepat pemerataan pembangunan. Beberapa alasan mengapa infrastruktur dasar menjadi prioritas yang disampaikan oleh informan adalah karena masih banyaknya daerah terisolir yang ada di Kabupaten Batanghari dimana luas wilayah Kabupaten Batanghari adalah 5.180,35 km². Oleh karena itu untuk membuka akses masyarakat terpencil agar dapat dengan mudah menjangkau wilayah desa lainnya diperlukan sarana transportasi jalan, sehingga nantinya dapat membantu dan mempermudah meningkatkan roda perekonomian masyarakat serta menggerakkan roda pembangunan lainnya.

Keterbatasan dana pemerintah daerah juga merupakan salah satu alasan mengapa pembangunan kesehatan tidak mendapatkan prioritas alokasi dana yang lebih memadai sesuai kesepakatan yang telah dicapai antara Menteri Kesehatan dengan para Bupati/Walikota se-Indonesia pada tahun 2000 yakni untuk mengalokasikan sedikitnya 15% dari APBD untuk pembangunan sektor kesehatan.

Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan di Kabupaten Batanghari pada dasarnya telah mendapatkan dukungan yang baik dari para aktor dalam pembangunan di Kabupaten Batanghari, namun mengingat keterbatasan dana dan prioritas pembangunan di Kabupaten Batanghari sesuai dengan RPJM Kabupaten Batanghari 2006–2011 adalah pembangunan infrastruktur dasar untuk menjangkau daerah-daerah pertanian dan perkebunan yang menjadi sumber pendapatan bagi Kabupaten Batanghari, maka pembangunan kesehatan pada saat ini belum merupakan prioritas utama dalam pembangunan Kabupaten Batanghari.

Dukungan para aktor dalam pembangunan bidang kesehatan ini merupakan modal dasar yang baik dan perlu dipertahankan oleh unit kerja kesehatan, karena dengan dukungan yang besar dari para aktor, tujuan pembangunan akan lebih mudah untuk diwujudkan. Oleh karena itu perlu diupayakan peningkatan pengetahuan tentang pembangunan kesehatan kepada para aktor melalui penyampaian informasi pembangunan kesehatan sehingga diharapkan nantinya sikap netral tersebut berubah menjadi dukungan yang besar dan tidak berubah sebagai penentang/penghambat pembangunan kesehatan.

Bagi aktor yang menentang atau tidak mendukung pembangunan kesehatan, perlu dilakukan upaya-upaya pendekatan untuk mengubah persepsi maupun sikap aktor yang menghambat pembangunan kesehatan. Upaya-upaya tersebut dilakukan dengan penyampaian informasi tentang dampak yang dapat ditimbulkan apabila masalah-masalah kesehatan tidak dilakukan intervensi/solusi pemecahan masalah serta menyampaikan manfaat yang diperoleh bila kesehatan mendapatkan penanganan yang baik.

Dukungan dari para aktor dalam pembangunan bidang kesehatan dapat berupa kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang dan peraturan-peraturan pemerintah lainnya yang mendukung dan menguntungkan kesehatan dalam kata lain peraturan yang dikeluarkan tersebut selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Penelitian kebijakan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran dinas kesehatan bersumber APBD Tahun 2007 dapat disimpulkan menjadi beberapa hal penting antara lain :

- 7.1.1. Dalam proses penyusunan dan penetapan APBD, proses perencanaan yang bersifat politik, teknokratik dan *top-down* lebih besar pengaruhnya dibandingkan proses perencanaan yang bersifat partisipatif dan *bottom-up* yaitu dari hasil forum musrenbang .
- 7.1.2. Faktor-faktor aktor yang mempengaruhi alokasi anggaran dinas kesehatan di Kabupaten Batanghari adalah peran, komitmen, kekuatan/kekuasaan dan kepentingan dari para aktor yang terlibat dalam proses penyusunan dan penetapan APBD.
- 7.1.3. Peran, komitmen, kekuatan/kekuasaan dari para aktor berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi dari aktor tersebut dalam proses penyusunan dan penetapan APBD. Peran ini dikelompokkan menjadi 3 kriteria, kriteria pertama yakni sebagai penanggung jawab, kriteria kedua mengkoordinasikan, merumuskan dan mengevaluasi usulan-usulan kegiatan/program-program pembangunan dan kriteria ketiga adalah penyusun dan menyampaikan usulan-usulan kegiatan/program-program pembangunan. Aktor yang sangat menentukan adalah para aktor dalam kriteria pertama yaitu yang memiliki kekuatan/kekuasaan dalam menentukan dan menetapkan kebijakan APBD.

- 7.1.4. Komitmen para aktor, dalam hal ini yang sangat menentukan adalah komitmen aktor dalam kriteria pertama, dalam pembangunan kesehatan masih kurang, hal ini disebabkan masih kurangnya pemahaman tentang pembangunan kesehatan. Pengetahuan dan persepsi para aktor tentang pembangunan kesehatan masih berupa pembangunan fisik sarana dan prasarana unit pelayanan kesehatan.
- 7.1.5. Semua aktor yang terlibat dalam penyusunan dan penetapan APBD mempunyai kepentingan terhadap pembangunan kesehatan dan merupakan faktor yang dapat mendukung dalam meningkatkan alokasi anggaran dinas kesehatan.
- 7.1.5. Kemampuan penyusunan perencanaan dan penganggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari belum baik karena SDM yang ada belum memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melaksanakan kegiatan penyusunan anggaran kesehatan. Kualitas dan kuantitas sumber data yang dipergunakan untuk kegiatan penyusunan anggaran masih sangat kurang. Struktur dan kelembagaan dinas kesehatan belum mengakomodasi kegiatan perencanaan anggaran.
- 7.1.6. Kemampuan advokasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari belum berpengaruh terhadap meningkatnya alokasi anggaran karena advokasi yang dilakukan masih berdasarkan kedekatan pribadi dan tidak didukung dengan data dan analisa yang sesuai kondisi permasalahan kesehatan yang ada.
- 7.1.7. Faktor-faktor konteks yang mempengaruhi adalah UU otonomi daerah yaitu pasal 41 UU No. 32 tahun 2004 tentang hak *budgetting* DPRD, kebijakan

daerah (visi misi kabupaten), prioritas pembangunan dan dana luar PAD (Dana Perimbangan dan lain-lain pendapatan yang sah).

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan :

Dinas kesehatan perlu meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM yang ada agar memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan perencanaan dan penyusunan anggaran, dengan cara melakukan pendidikan atau pelatihan perencanaan, khususnya bagi SDM perencana dinas kesehatan.

Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM pengelola data baik di dinas kesehatan maupun puskesmas dengan cara melakukan pendidikan atau pelatihan pengelola data.

Melakukan restrukturisasi pada struktur dari kelembagaan dinas kesehatan agar dapat mengakomodir kegiatan perencanaan anggaran dan disesuaikan dengan eselonisasi tim anggaran eksekutif.

Mengingat besarnya pengaruh para aktor, terutama aktor yang memiliki kewenangan sebagai penanggung jawab dalam menentukan kebijakan alokasi anggaran pembangunan kesehatan dalam APBD, maka perlu dilakukan advokasi secara intensif dan berkelanjutan dengan didukung data yang akurat tentang permasalahan kesehatan yang ada kepada para aktor tersebut serta melakukan koordinasi yang baik dengan unit instansi yang terkait.

7.2.2. Bagi Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten Batanghari

Mengingat APBD adalah merupakan penjabaran dari upaya-upaya program pembangunan yang sarannya adalah kesejahteraan rakyat, untuk itu dalam penyusunan dan penetapannya agar selalu mementingkan kebutuhan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat.

Pembangunan kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa, untuk itu diharapkan Pemerintah Daerah Kabupaten Batanghari tetap konsisten dalam memegang komitmennya terhadap sektor kesehatan yang merupakan salah satu prioritas pembangunan melalui peningkatan alokasi anggaran kesehatan walaupun secara bertahap sehingga dapat mencapai angka 15% dari total APBD, sesuai dengan kesepakatan Bupati/Walikota se-Indonesia.

DPRD yang memiliki kekuatan/kekuasaan yang besar dengan adanya hak *budgettingnya* dalam penyusunan dan penetapan alokasi anggaran dinas kesehatan dari APBD seharusnya merupakan suatu kekuatan yang dapat menjadi tumpuan kepentingan masyarakat dalam bidang kesehatan sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan dapat terpenuhi dengan memadai (ditandai dengan alokasi anggaran kesehatan yang memadai) yang pada akhirnya dapat tercapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang meningkat di Kabupaten Batanghari.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito W, 2005, *Buku Ajar Kebijakan Kesehatan*, Departemen AKK FKM UI.
- Adisasmito W, 2007, *Sistim Kesehatan*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Akhirani dan Trisnantoro L, 2004; 07(02);19-26., *Analisis Pembiayaan Kesehatan Yang Bersumber Dari Pemerintah Melalui District Health Account Di Kabupaten Sinjai*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, PMPK-FK UGM.
- Anderson, James, 1979, *Public Policy Making*, second ed, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Azwar, Azrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Bachtiar, Adang Dkk, 2005, *Metotologi Penelitian Kesehatan*, Paket Mata Ajaran, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI, Jakarta.
- Bakri, H, MA, Dr, 2001, *Penguatan Sistem Perencanaan Kesehatan Kabupaten/Kota*, Makalah pada Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu Kabupaten/Kota se Sulawesi Selatan Tahun 2001.
- Barker, Carol, 1996, *The Health Care Policy Process*, Sage Publications Ltd, London.
- Bianchi, R, S. Kossoudji, 2000, *Interest Groups and Organization as Stakeholders*, Social evelopment Paper No. 35, Washington DC, World Bank.
- Blum, Hendrik L, 1981, *Planning For Health*, United States : Human Science, Press, Inc.
- Budiarto, W, 2003;06(04);21-25., *Kontribusi Anggaran Pemerintah Dalam Pembiayaan Program Kesehatan Pada Era Otonomi Daerah*, Jurnal manajemen Pelayanan Kesehatan, PMPK-FK UGM.
- Cresswell, John W, 2003, *Research Design*, Kik Press, Jakarta.
- Danim, Sudarwin, 2005, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*, PT Bumi Aksara, Jakarta.
- Dasmauli S, 2004, *Analisis Efektifitas Anggaran Program Prioritas Dinas Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Bukit Tinggi Tahun 2004*, Tesis, FKM UI, Depok.
- DFID, 2002, Tools for Development, Performance and Effectiveness Department, DFID, London, on line at [Http://www.dfid.gov.uk/public/files/pdf](http://www.dfid.gov.uk/public/files/pdf).

- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2005, *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kabupaten /Kota Sehat*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2003, *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, Jakarta.
- Dharmawan, T.W, 2004, *Analisis Alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Dalam Pelaksanaan Desentralisasi Pembangunan Kesehatan Di Sukabumi*, Tesis, FKM UI, Depok.
- Dunn, William N, 1996, *Public Policy Analysis, An Introduction*, University of Pittsburgh, Prentice Hall, Inc.
- Dye, Thomas R, 1975, *Understanding Public Policy*, second ed, Englewood Cliff, NJ, Prentice Hall.
- Gani, Ascobat, 2002, *Analisis Biaya Program Kesehatan Masyarakat Dalam Kebijakan Desentralisasi*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Gani, Ascobat, 2001, *Konsep Dan Klasifikasi Biaya*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Gani, Ascobat, 1998, *Reformasi Pendanaan Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Hapsara, Rachmat Habib, 2004, *Pembangunan Kesehatan di Indonesia , Prinsip Dasar dan Kebijakan Perencanaan dan Kajian Masa depannya*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Hadiawan, 2006, *Analisis Pembiayaan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi Propinsi Jambi Tahun 2006*, Tesis, FKM UI, Depok.
- Halim, Abdul, 2002, *Akuntansi Dan Pengendalian Keuangan Daerah*, Seri Bunga Rampai Manajemen Keuangan Daerah.
- Hariwijaya, M, 2007, *Metodologi Dan Teknik Penulisan Skripsi, Tesis Dan Disertasi*, Imatera Publishing, Yogyakarta.
- Harmana, T, 2006, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Pontianak Tahun 2006*, Tesis, FKM UI, Depok.
- Irwansyah, 2003, *Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2003*, Tesis, FKM UI, Depok.

Jones O, Charles, 1984, *An Introduction to The Study Of Public Policy*, third ed, Books/Cole Publishing Company, Monterey.

Lestari N. I, 2003, *Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Pemerintah di Kabupaten Tangerang Tahun 2003*, Tesis, FKM UI, Depok.

Mardiasmo, 2002, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Andi Ofset, Yogyakarta.

Muninjaya, Aa Gde, 2004, *Manajemen Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Mills, Anne, Lucy Gilson, 1990, *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta.

Moleong, Lexy, 2004, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.

Nugroho, D Riant, 2006, *Kebijakan Publik Untuk Negara-Negara Berkembang*, PT Elek Media Komputindo, Jakarta.

Penerbit Arkola, 2000, *Undang-undang Otonomi Daerah beserta Juklak*, Jakarta.

Reinke, William A, 1994, *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*, diterjemahkan dr. Laksono Trisnantoro, MSc.,PhD, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Ristrini, dkk, 2002, *Studi tentang Pembiayaan Kesehatan Oleh Pemerintah di Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Timur Propinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2002*, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Jurnal Kedokteran dan Farmasi, Medika 2005, Vol XXXI, No 8.

Roem, Et Al, Topatimasang, 2005, *Sehat Itu Hak, Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat*, Koalisi Untuk Indonesia Sehat, INSIST, Jakarta.

Ronny, TA, 2002, *District Health Account 9 kabupaten di 3 propinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah dan Jambi Tahun 2002*, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.

Sariasih, Ana (2005), *Analisis Keputusan menteri Keuangan No.505/KMK.02/2004 sebagai Modul Penetapan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi Tahun Anggaran 2005 Bidang Kesehatan*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

- Santoso, Amir, 1993, *Analisis Kebijakan Publik: Suatu Pengantar*, Jurnal Ilmu Politik 3, Gramedia, Jakarta.
- Soewondo P, 2003, *Studi Pembiayaan Kesehatan di Yogyakarta dan Lampung*, FKM UI, Depok.
- Sorkin, Alan L, 1997, *Health Economics, An Introduction*, John Hopkins University On University Of Maryland, Baltimore Country.
- Stoner, James AF, Freeman R Edward, 1996, *Manajemen, Edisi Bahasa Indonesia*, Bhuana Ilmu Populer, Jakarta.
- Sukarna, Laode Ahmad, Budiningsih, Nanis dan Riyarto, Sigit, 2006;09(01):10-15., *Analisis Kesiapan Dinas Kesehatan Dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan Pada Era Desentralisasi*, JMPK, Jakarta.
- Thabrany, Hasbulah, 2005, *Pendanaan Kesehatan Dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan Di Indonesia*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Tjiptoherijanto, Prijono & Sosetyo, Budhi, 1994, *Ekonomi Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Trisnantoro, Laksono (editor), 2005, *Desentralisasi Kesehatan Indonesia Dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003*, Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Volini, N, 2003, *Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Depok Tahun 2003*, Tesis, FKM UI, Depok.
- Walt, Gill, Buse, Kent and Mays, Nicolas, 2005, *Making Health Policy, Understanding Public Health*, Open University Press.
- Wijono, Djoko, 1997, *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Erlanga University, Surabaya.
- Winarno, Budi, 2005, *Teori dan Proses Kebijakan Publik*, Penerbit Media Presindo, Yogyakarta.
- World Health Organisation, 2002, *National Health Account, Policy Brief on Concepts and Approaches*.

WAWANCARA MENDALAM

Ketentuan dalam wawancara mendalam

1. Wawancara akan dilakukan oleh peneliti sendiri berdasarkan waktu dan tempat yang telah disepakati
2. Wawancara akan direkam dengan menggunakan tape recorder dengan maksud agar jawaban atau pendapat yang disampaikan dapat tercatat semua
3. Pertanyaan yang diajukan tidak mengikat dan akan dikembangkan berdasarkan masalah dan jawaban atau pendapat yang disampaikan oleh informan
4. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat
Pendapat yang disampaikan tidak ada yang benar atau salah dan tidak akan dilakukan penilaian
Semua jawaban atau pendapat yang disampaikan akan terjaga kerahasiaannya

DATA INFORMAN

Nama :

Umur :

Jabatan :

Telp/HP :

Tanggal mulai tugas :

Unit kerja :

Pendidikan terakhir :

Tahun :

Riwayat pekerjaan

1.

2.

3.

Pelaksanaan wawancara : Hari.....Tanggal.....Jam.....

Tempat

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM : KEPALA BAPPEDA/KABID
LITBANG BAPPEDA

1. Dikaitkan dengan visi dan misi serta Renstrada Kabupaten Batanghari, sektor apa saja yang menurut anda perlu mendapat prioritas?
2. Dari pengalokasian dana APBD, pada urutan prioritas ke berapa dana untuk sektor kesehatan?
3. Mengapa alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tidak mencapai 15% dari total APBD?
4. Bagaimana pengaruh dari Musrenbang dalam proses penetapan alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari?
5. Bagaimana peran (tupoksi) dan komitmen anda sebagai Kepala Bappeda / KabidLitbang dalam menentukan besarnya anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari?
6. Bagaimana mekanisme dalam menentukan pengalokasian dana untuk semua sektor ? Bagaimana urutan prosesnya?
7. Bagaimana penilaian anda tentang rencana anggaran yang diusulkan oleh Dinkes? Apakah cukup realistis sesuai dengan masalah kesehatan yang ada di masyarakat Kabupaten Batanghari?
8. Bagaimana tanggapan anda tentang kebijakan pembiayaan kesehatan di Kabupaten Batanghari ?
9. Apakah ada faktor-faktor kepemimpinan/kekuasaan dan kekuatan dari orang-orang yang terlibat dalam proses perencanaan yang mempengaruhi alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007?
10. Apakah ada faktor/unsur politis yang mempengaruhi alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007?
11. Apakah ada pertimbangan kepentingan orang/kelompok tertentu dalam alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007?

1. Menurut anda apakah ada kekurangan/kelemahan Dinkes selama ini dalam perencanaan anggaran dan advokasi anggaran kepada Pemda Kabupaten batanghari.
2. Apa sa.an anda untuk perbaikan usulan pembiayaan kesehatan di masa yang akan datang?
3. Bagaimana peran anda dalam penentuan pembiayaan kesehatan terhadap semua anggota Tim anggaran baik eksekutif maupun legislatif?
4. Upaya-upaya apa saja yang ditempuh oleh anda dalam advokasi dengan DPRD sebagai Tim Anggaran Legislatif dalam penentuan alokasi anggaran Dinkes?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM : DINAS KESEHATAN

1. Apakah bapak mengetahui bahwa pada tahun 2000 telah ada kesepakatan antara para bupati/walikota se Indonesia untuk mengalokasikan anggaran pembangunan kesehatan sebesar 15% dari total APBD?
2. Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan Kabupaten Batanghari selama ini?
3. Berdasarkan dari data sebelumnya bahwa anggaran untuk dinas kesehatan Kabupaten Batanghari sangat kecil persentasenya dari total APBD dan tidak sesuai dengan kesepakatan 15% dari APBD, apa pendapat bapak mengenai hal ini?
4. Bagaimana peran (Tupoksi) dan komitmen bapak dalam mengalokasikan anggaran dinas kesehatan di Kabupaten Batanghari?
5. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk tiap-tiap bidang yang ada di dinas kesehatan menurut bapak faktor-faktor apa saja yang menjadi bahan pertimbangan?
6. Bagaimana mekanisme/proses dalam menyusun dan menentukan alokasi anggaran untuk dinas kesehatan yang dilakukan selama ini?
7. Apakah menurut bapak penyusunan perencanaan anggaran dinas kesehatan telah sesuai dengan KUA dan permasalahan yang ada di Kabupaten Batanghari?
8. Bagaimana pengaruh dari mekanisme Musrenbang terhadap proses penyusunan dan penetapan anggaran kesehatan selama ini?
9. Menurut bapak, apakah dinas kesehatan Kabupaten Batanghari telah melakukan pendekatan / advokasi kepada Tim Anggaran Eksekutif maupun Legislatif dalam mengusulkan anggaran?
10. Bagaimana pengaruh kepemimpinan/ kekuasaan dan kekuatan politis yang ada di Kabupaten Batanghari terhadap alokasi anggaran dinas kesehatan selama ini?

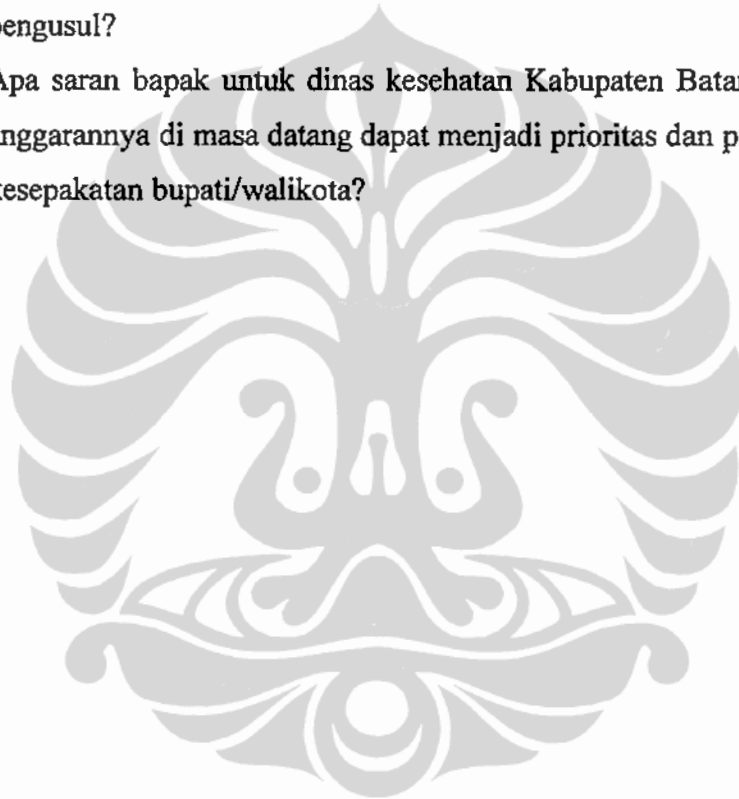
11. Apakah bapak mempunyai cara khusus dalam melakukan pendekatan /advokasi terhadap Tim Anggaran Eksekutif maupun Legislatif dalam meningkatkan alokasi anggaran dinas kesehatan Kabupaten Batanghari?
12. Apakah usaha bapak agar alokasi anggaran Dinas Kesehatan dapat menjadi prioritas dan presentasinya sesuai dengan kesepakatan Bupati/Walikota.



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM KABAG KEUANGAN DAN
KABAG PEMBANGUNAN KABUPATEN BATANGHARI

1. Berdasarkan dari data sebelumnya bahwa anggaran untuk dinas kesehatan Kabupaten Batanghari sangat kecil presentasinya dari total APBD dan tidak sesuai dengan kesepakatan 15% dari APBD, apa pendapat bapak mengenai hal ini?
2. Sektor apa saja yang menjadi prioritas pembangunan di Kabupaten Batanghari?
3. Bagaimanakah kebijakan daerah terhadap pembangunan kesehatan?
4. Bagaimana peran dan komitmen bapak dalam mengalokasikan anggaran dinas kesehatan di Kabupaten Batanghari?
5. Bagaimanakah mekanisme penyusunan dan penetapan APBD di Kabupaten Batanghari?
6. Berapakah proporsi PAD sektor kesehatan terhadap total PAD kabupaten?
7. Bagaimanakah alokasi dana Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari dihubungkan dengan PAD Kabupaten?
8. Bagaimanakah mekanisme penerimaan dana perimbangan?
9. Bagaimanakah kontribusi dana perimbangan yang diterima daerah terhadap anggaran kesehatan?
10. Berasal darimana sajakah pendapatan daerah yang termasuk dalam lain-lain pendapatan yang sah dan bagaimana kontribusinya terhadap anggaran dinas kesehatan?
11. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk dinas kesehatan menurut bapak faktor-faktor apa saja yang menjadi bahan pertimbangan?
12. Apakah menurut bapak penyusunan perencanaan dinas kesehatan telah sesuai dengan KUA Kabupaten Batanghari?
13. Bagaimanakah pendekatan yang dilakukan oleh instansi pengusul (Dinas Kesehatan) dalam meningkatkan anggarannya?

14. Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan dinas kesehatan Kabupaten Batanghari dalam mengusulkan anggaran?
15. Apakah bapak mempunyai kepentingan khusus dalam pengalokasian anggaran dinas kesehatan Kabupaten Batanghari?
16. Apakah ada faktor-faktor kepemimpinan/kekuasaan dan kekuatan termasuk politis yang mempengaruhi dalam menetapkan alokasi anggaran bagi instansi pengusul?
17. Apa saran bapak untuk dinas kesehatan Kabupaten Batanghari agar alokasi anggarannya di masa datang dapat menjadi prioritas dan presentasinya sesuai kesepakatan bupati/walikota?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM : TIM ANGGARAN LEGISLATIF

1. Apakah bapak mengetahui bahwa pada tahun 2000 telah ada kesepakatan antara para bupati/walikota se Indonesia untuk mengalokasikan anggaran pembangunan kesehatan sebesar 15% dari total APBD?
2. Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan Kabupaten Batanghari selama ini?
3. Bagaimana peran (Tupoksi) dan komitmen bapak dalam penyusunan dan penetapan anggaran kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007?
4. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk dinas kesehatan menurut bapak faktor-faktor apa saja yang menjadi bahan pertimbangan ?
5. Bagaimana mekanisme penyusunan dan penetapan APBD di Kabupaten Batanghari?
6. Bagaimana pengaruh Musrenbang terhadap proses penyusunan dan penetapan APBD di Kabupaten Batanghari?
7. Berdasarkan dari data sebelumnya bahwa anggaran untuk dinas kesehatan Kabupaten Batanghari sangat kecil persentasenya dari total APBD dan tidak sesuai dengan kesepakatan 15% dari APBD, apa pendapat bapak mengenai hal ini?
8. Sektor apa saja yang menjadi prioritas pembangunan di Kabupaten Batanghari?
9. Bagaimanakah kebijakan daerah terhadap pembangunan kesehatan?
10. Bagaimanakah pendekatan yang dilakukan oleh instansi pengusul (Dinas Kesehatan) dalam meningkatkan anggarannya?
11. Apakah bapak mempunyai kepentingan khusus dalam pengalokasian anggaran dinas kesehatan Kabupaten Batanghari?
12. Apakah ada pertimbangan kepentingan orang/kelompok tertentu dalam alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Batanghari tahun 2007?

13. Apakah ada faktor-faktor kepemimpinan/kekuasaan dan kekuatan termasuk politis yang mempengaruhi dalam menetapkan alokasi anggaran bagi instansi pengusul?
14. Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan dinas kesehatan Kabupaten Batanghari dalam mengusulkan anggaran?
15. Apa saran bapak untuk dinas kesehatan Kabupaten Batanghari agar alokasi anggarannya di masa datang dapat menjadi prioritas dan presentasinya sesuai kesepakatan bupati/walikota?



**RINGKASAN ANGGARAN PENDAPATAN DAN BELANJA DAERAH
KABUPATEN BATANGHARI TAHUN ANGGARAN 2007**

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2007 sebagai berikut:

1. Pendapatan Daerah	Rp. 393.869.684.905,00
2. Belanja Daerah	Rp. 429.291.406.382,99
(Defisit)	Rp. 35.421.721.477,99
3. Pembiayaan Daerah :	
a. Penerimaan	Rp. 51.171.721.477,99
b. Pengeluaran	Rp. 15.750.000.000,00
	Pembiayaan Netto/surplus Rp. 35.421.721.477,99

Tabel Ringkasan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Batanghari Tahun Anggaran 2007

NO	URAIAN	JUMLAH	%	NO	URAIAN	JUMLAH	%
1	PENDAPATAN			2	BELANJA DAERAH		
1.1	PENDAPATAN ASLI DAERAH	Rp. 20.844.686.268,-	5,3	2.1	BELANJA TIDAK LANGSUNG	Rp. 183.495.294.998,-	42,7
	a. Pajak Daerah	Rp. 1.964.000.000,-	0,6		a. Belanja Pegawai	Rp. 138.535.299.898,-	
	b. Retribusi Daerah	Rp. 5.696.654.661,-	1,4		b. Belanja Subsidi	Rp. 4.079.995.100,-	
	c. Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang dipisahkan	Rp. 1.150.000.000,-	0,3		c. Belanja Hibah	Rp. 2.400.000.000,-	
	d. Lain-lain Pendapatan Daerah	Rp. 11.761.011.607,-	3,0		d. Belanja Bantuan Sosial	Rp. 18.480.000.000,-	
1.2	DANA PERIMBANGAN	Rp. 362.785.312.750,-	92,1		e. Belanja Bantuan Keuangan	Rp. 19.000.000.000,-	
	a. Dana Bagi Hasil	Rp. 88.804.935.000,-	22,5		f. Belanja Tidak Terduga	Rp. 1.000.000.000,-	
	b. Dana Alokasi Umum	Rp. 237.751.000.000,-	60,4	2.2	BELANJA LANGSUNG	Rp. 245.796.111.389,99	57,3
	c. Dana Alokasi Khusus	Rp. 36.229.377.750,-	9,2		a. Belanja Pegawai	Rp. 34.963.084.900,-	
1.3	LAIN-LAIN PENDAPATAN YANG SAH	Rp. 10.239.705.887,-	2,6		b. Belanja Barang dan Jasa	Rp. 82.446.392.530,-	
					c. Belanja Modal	Rp. 128.388.633.954,-	
	Jumlah Pendapatan	Rp. 393.869.684.905,-	100		Jumlah Belanja	Rp. 429.291.406.382,99	100
				3	PEMBIAYAAN DAERAH		
				3.1	Penerimaan	Rp. 51.171.721.477,99	
					a. Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Anggaran Sebelumnya (SILPA)	Rp. 51.171.721.477,99	
					Pengeluaran	Rp. 15.750.000.000,-	
					a. Pembentukan Dana Cadangan	Rp. 13.000.000.000,-	
					b. Penyertaan Modal (Investasi)	Rp. 1.750.000.000,-	
					c. Pemberian Pinjaman	Rp. 1.000.000.000,-	

PERKEMBANGAN DANA ALOKASI KHUSUS NON DANA REBOISASI (DAK NON DR)
KABUPATEN BATANGHARI TAHUN 2006-2007

NO	BIDANG	TAHUN	
		2006	2007
1.	PENDIDIKAN	Rp. 2.110.000.000,-	9.842.000.000,-
2.	KESEHATAN	Rp. 2.700.000.000,-	5.745.000.000,-
3.	KIMPRASWIL	Rp. 1.890.000.000,-	7.477.000.000,-
	A. JALAN	Rp. 640.000.000,-	2.254.000.000,-
	B. AIR BERSIH DAN SANITASI		1.050.000.000,-
	C. PENGAIRAN		2.604.000.000,-
4.	PERIKANAN	Rp. 560.000.000,-	
5.	PERTANIAN		
	A. PETERNAKAN	Rp. 1.300.000.000,-	2900.000.000,-
	B. PERTANIAN	Rp. 830.000.000,-	967.000.000,-
	C. PERKEBUNAN		
6.	LINGKUNGAN HIDUP	Rp.	923.000.000,-
	TOTAL	Rp. 10.030.000.000,-	33.762.000.000,-

MATRIK PRIORITAS PROGRAM DAN PLAFON ANGGARAN KESEHATAN

01	02	03	04	05
KODE	PRIORITAS PROGRAM DAN ANGGARAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	JUMLAH ANGGARAN SEBELUM PERUBAHAN (Rp)	JUMLAH ANGGARAN SESUDAH PERUBAHAN (Rp)
Analisis kebijakan				
	2	3	4	5
01	PROGRAM PELAYANAN ADMINISTRASI PERKANTORAN - Penyediaan jasa surat menyurat - penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik - Penyediaan jasa pemeliharaan dan perizinan kendaraan dinas/operasional - Penyediaan jasa administrasi keuangan - Penyediaan jasa kebersihan kantor - Penyediaan alat tulis kantor - Penyediaan barang cetakan dan penggandaan - Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor - Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor - Penyediaan bahan bacaan dan peraturan perundang-undangan - Penyediaan makanan dan minuman - Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah - Penyediaan jasa administrasi teknis perkantoran	Terbnyta pengelolaan administrasi Lancarnya komunikasi informasi Terpenuhinya jasa pelayanan kantor Terpeliharanya kendaraan dinas/operasional kantor Terlibnya administrasi keuangan kantor Terlibnya kebersihan dan kesehatan lingk. Kantor Terpenuhinya kelengkapan administrasi Terpenuhinya kelengkapan administrasi Tersedianya penerangan kantor dan perangkat elektronik Meningkatnya pelayanan Tersedianya kebutuhan informasi dan peningkatan kualitas SDM Peningkatan kesejahteraan aparatur Lancarnya koordinasi, informasi dan konsultasi Peningkatan pelayanan Peningkatan kapasitas pelayanan Tersedianya tempat kerja yang aman dan nyaman Tersedianya tempat kerja yang aman dan nyaman Terpeliharanya kendaraan dinas operasional kantor Terpeliharanya kendaraan dinas operasional kantor Terpeliharanya peralatan gedung kantor	2.500.000,00 149.000.000,00 20.450.000,00 29.700.000,00 40.000.000,00 85.000.000,00 45.500.000,00 15.500.000,00 121.881.000,00 6.000.000,00 317.200.000,00 65.000.000,00 355.200.000,00	2.500.000,00 209.000.000,00 29.250.000,00 29.700.000,00 40.000.000,00 85.000.000,00 45.500.000,00 26.300.000,00 158.681.000,00 6.000.000,00 317.200.000,00 65.000.000,00 412.100.000,00
02	PROGRAM PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA - Pembangunan bangunan penunjang kantor - Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor - Pemeliharaan rutin/berkala mobil jabatan - Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional - Pemeliharaan rutin/berkala peralatan gedung kantor - Rehabilitasi sedang/berat rumah gedung kantor	Peningkatan kapasitas pelayanan Tersedianya tempat kerja yang aman dan nyaman Tersedianya tempat kerja yang aman dan nyaman Terpeliharanya kendaraan dinas operasional kantor Terpeliharanya kendaraan dinas operasional kantor Terpeliharanya peralatan gedung kantor	3.500.000,00 789.952.000,00 11.210.000,00	159.292.365,00 83.000.000,00 789.952.000,00 43.210.000,00 44.000.000,00
03	PROGRAM PENINGKATAN DISIPLIN APARATUR - Pengadaan pakaian dinas beserta peralatannya	Meningkatnya kinerja aparatur Tersedianya pakaian dinas dan perlengkapan aparatur	115.750.000,00	115.750.000,00
04	PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA APARATUR	Meningkatnya kualitas SDM aparatur		

	- Pendidikan dan pelatihan formal		Meningkatnya kualitas SDM aparatur	35.000.000,00	35.000.000,00
05	PROGRAM OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN				
	- Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan		Puskesmas, Pustu, Bidan di desa	990.299.250,00	990.299.250,00
06	PROGRAM UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT		Meningkatkan kesadaran perilaku hidup sehat		
Analisis kebijakan	- Pelayanan kesehatan penduduk miskin		Masyarakat miskin di Kabupaten Batanghari	153.576.800,00	345.576.114,00
	- Pemeliharaan dan pemulihan kesehatan		Petugas kesehatan Puskesmas	58.325.000,00	58.325.000,00
	- Perbaikan gizi masyarakat		Peningkatan gizi bayi dan balita	357.335.500,00	357.335.500,00
	- Peningkatan kesehatan masyarakat		Meningkatkan kesadaran perilaku hidup sehat		913.410.370,00
	- Peningkatan pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan		Ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi	285.397.000,00	285.397.000,00
07	PROGRAM PENGAWASAN OBAT DAN MAKANAN				
Y. Rono	- Peningkatan pemberdayaan konsumen/masyarakat di bidang obat		Masyarakat, produsen makanan rumah tangga dan pemilik sarana apotik dan toko obat	109.849.900,00	109.849.900,00
08	PROGRAM PROMOSI KESEHATAN & PEMBERDAYAAN MASYARAKAT				
09	- Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat		Masyarakat dan petugas kesehatan dalam Kab. Batanghari	388.488.750,00	388.488.750,00
10	PROGRAM PENGEMBANGAN LINGKUNGAN SEHAT				
	- Penyuluhan menciptakan lingkungan sehat		Masyarakat	311.694.500,00	361.894.500,00
11	PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN PENYAKIT				
KM UH	- Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular		13 Puskesmas	607.946.650,00	783.522.850,00
20	- Peningkatan imunisasi		13 Puskesmas	425.867.950,00	425.867.950,00
21	PROGRAM STANDARISASI PELAYANAN KESEHATAN				
22	- Pelayanan dasar dan rujukan		Sarana dan prasarana kesehatan pemerintah dan swasta	257.375.900,00	344.439.900,00
13	PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN				
	- Pelayanan sunatan massal		200 anak	39.910.000,00	39.910.000,00
	- Pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rumah sakit		Kelompok Suku Adat Terpencil di 2 lokasi pemukiman	74.590.000,00	74.590.000,00
14	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN & PERBAIKAN SARANA				
	- Pembangunan Puskesmas		5 Puskesmas	1.652.380.000,00	1.650.044.130,00
	- Pengadaan sarana & prasarana Puskesmas		5 lokasi	3.771.899.300,00	3.774.235.170,00
	- Pengadaan sarana & prasarana keliling		4 lokasi	828.000.000,00	828.000.000,00
	- Rehabilitasi sedang/berat Puskesmas Pembantu		14 lokasi	301.620.600,00	1.166.620.600,00
14	PROGRAM KEMITRAAN PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN				
	- Health Work Force Service (HWS)		Meningkatkan kesadaran perilaku hidup sehat		393.885.000,00
	- Community Work Service Health Project (CWSHP)		Meningkatkan kesadaran perilaku hidup sehat		509.398.400,00
	- Peningkatan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan		Masyarakat	388.000.600,00	500.660.600,00
	- Riset kesehatan dasar				77.526.000,00

Rincian APBD Dinas kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan/Program

Lampiran 10

NO.	PROGRAM	JENIS BELANJA		
		BARANG JASA	PEGAWAI	MODAL
1.	Pelayanan Administrasi perkantoran			
1.1	Penyediaan Jasa Surat Menyurat	2.500.000		
1.2	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air & Listrik	149.000.000		
1.3	Penyediaan Jasa Pemeliharaan & Perizinan Kendaraan Dinas	20.450.000		
1.4	Penyediaan Jasa Administrasi Keuangan		29.700.000	
1.5	Penyediaan Jasa Kebersihan Kantor	40.000.000		
1.6	Penyediaan Alat Tulis Kantor	85.000.000		
1.7	Penyediaan Barang Cetak & Penggandaan	45.500.000		
1.8	Penyediaan Komponen Instalasi Listrik / Penerangan Bangunan Kantor	15.500.000		
1.9	Penyediaan peralatan & Perlengkapan Kantor			121.881.000
1.10	Penyediaan Bahan Bacaan & Peraturan Perundang-undangan	6000.000		
1.11	Penyediaan Bahan Logistik Kantor	317.200.000		
1.12	Rapat-rapat Koordinasi & konsultasi Keluar daerah	65.000.000		
1.13	Penyediaan Jasa Administrasi Teknis Perkantoran		355.200.000	
2	Peningkatan Sarana & Prasarana Aparatur			
2.1	Pemeliharaan Rutin/Berkala Gedung Kantor	3.500.000		
2.2	Pemeliharaan Rutin/Berkala Kendaraan Operasional	789.952.000		
2.3	Pemeliharaan Rutin/Berkala Peralatan Gedung Kantor	11.210.000		
3	Peningkatan Disiplin Aparatur			

3.1	Pengadaan Pakaian Dinas	115.750.000		
4	Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur			
4.1	Pendidikan & Pelatihan Formal		35.000.000	
5	Obat & Pebekalan Kesehatan			
5.1	Pengadaan Obat & Perbekalan Kesehatan	954.149.250	36.150.000	
6	Upaya Kesehatan Masyarakat			
6.1	Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin Di Puskesmas & Jaringannya	135.086.800	18.490.000	
6.2	Pemeliharaan & Pemulihan Kesehatan	37.535.000	20.790.000	
6.3	Perbaikan Gizi Masyarakat	204.925.500	126.41.000	26.000.000
6.4	Peningkatan Pelayanan & Penanggulangan Masalah Kesehatan	227.027.000	42.370.000	16.000.000
7	Pengawasan Obat dan Makanan			
7.1	Peningkatan Pemberdayaan Konsumen/Masyarakat di Bidang Obat & Makanan	88.809.200	21.040.000	
8	Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masy.			
8.1	Pengembangan Media Promosi & Informasi sadar Hidup Sehat	364.688.750	23.800.00	
9	Pengembangan Lingkungan Sehat			
9.1	Penyuluhan Menciptakan Lingkungan Sehat	291.589.500	20.105.000	
10	Pencegahan & Penanggulangan Penyakit Menular			
10.1	Pelayanan Pencegahan & Penanggulangan Penyakit Menular	529.851.650	78.095.000	
10.2	Peningkatan Imunisasi	325.462.950	100.405.000	
11	Standarisasi Pelayanan Kesehatan			
11.1	Pelayanan Dasar & Rujukan	132.935.900	124.440.000	
12	Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin			
12.1	Pelayanan Sunatan Masal	29.910.000	10.000.000	

12.2	Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di RS	58.790.000.	15.800.000	
13.	Pengadaan, Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas/Pustu & Jaringannya			
13.1	Pembangunan Puskesmas	206.500.000	29.700.000	1.416.180.000
13.2	Pengadaan Sarana & Prasarana Puskesmas			3.771.889.300
13.3.	Pengadaan Sarana & Prasarana Keliling			828.000.000
13.4	Rehabilitasi Sedang/Berat Pustu			301.620.600
14.	Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan			
14.1.	Peningkatan Peran Serta Masyarakat Dalam Kesehatan	371.240.600	16.760.000	
	TOTAL	5.625.064.800	1.104.255.000	6.481.580.900

SUSUNAN TIM ANGGARAN PEMERINTAH DAERAH
 KABUPATEN BATANG HARI TAHUN ANGGARAN 2007,

NO	NAMA / JABATAN	KEDUDUKAN DALAM TIM	JUMLAH HONOR/BULAN	KET
1	Sekretaris Daerah Kabupaten Batang Hari	Ketua	2.000.000,-	Honor diberikan selama 12 (dua belas) bulan
2	Kepala Bappeda Kabupaten Batang Hari	Wakil Ketua	1.750.000,-	
3	Kabag Keuangan Setda Batang Hari	Sekretaris	1.500.000,-	
4	Asisten Administrasi Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.250.000,-	
5	Kepala Dinas Pendapatan Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.250.000,-	
6	Kabag Pembangunan Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.250.000,-	
7	Kabag Perlengkapan Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.250.000,-	
8	Kabag Hukum Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.250.000,-	
9	Kabid Litbang Bappeda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.000.000,-	
10	Kasubbag Pengadaan Bagian Perlengkapan Setda Kab.Batang Hari	Anggota	1.000.000,-	
11	Kasubbag.Anggaran Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.000.000,-	
12	Kasubbag.Perbendaharaan dan Belanja Pegawai Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.000.000,-	
13	Kasubbag.Pembukuan dan Verifikasi Setda Kabupaten Batang Hari	Anggota	1.000.000,-	
14	Kasubbid Evaluasi dan Pelaporan	Anggota	1.000.000,-	
15	M.Ali,SE	Staf Admnsitrasi	1.000.000,-	
16	Bunjamin,SE	Staf Admnsitrasi	1.000.000,-	
17	Yaliman	Staf Admnsitrasi	750.000,-	
18	A.Rahman Zamzami	Staf Admnsitrasi	750.000,-	
J U M L A H			21.000.000,-	

