

**ANALISIS  
MODEL PENETAPAN DANA ALOKASI KHUSUS NON DANA REBOISASI  
BIDANG KESEHATAN  
TAHUN ANGGARAN 2005**

Ana Sariasih<sup>1</sup> dan Wiku Adisasmito<sup>2</sup>

***ANALYSIS OF DISTRIBUTION MODEL FOR SPECIAL FUNDS OF NON  
REFORESTATION FUNDS FOR HEALTH  
IN 2005 FISCAL YEAR***

**Abstract.** *The difference in fiscal capacity among areas, frequently resulted in disparity of providing basic health care services. This study analysis the implementation of decree of Ministry Finance no 505/KMK.02/2004 as a model of allocating Special Allocated Funds of non Reforestation Funds (SAF non RF). This study aimed at finding out descriptions of variable association in the special allocated funds of non reforestation funds. This is a descriptive analytical study with quantitative and qualitative approaches. Data were analysed quantitatively by univariate, bivariate, multivariate analyses and were analysed qualitatively for its content. This study was conducted between March 2005 - July 2005 at the Ministry of Health, Ministry of Finance and other related institutions. This research involved: (1) samples of all regencies/towns received Special Allocated Funds of non Reforestation Funds i.e 434 regencies towns in Indonesia, (2) 12 informants. The result showed that the significant variables are Fiscal Capacity, Area with Special Treatment, Access to Clean Water, and Availability of Health Service Facility. Simulation by replacing the age of life expectancy in infant death rate made this variable significant and explained Allocated Funds of non Reforestation Funds were bigger compared with original allocated funds. Simulation by weighing human resources in the variable of Availability of Health Facility made this variable significant.*

**Keywords :** *Special Allocated Funds, Non Reforestation Funds, Health Care Financing*

## **PENDAHULUAN**

Pelaksanaan kebijaksanaan desentralisasi sebagai implementasi dari Undang-undang No 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU no 25 tahun 1999<sup>(1)</sup> tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah (yang diperbaharui dengan UU no 32 dan 33 tahun 2004)<sup>(2)</sup> mengakibatkan perubahan pengelolaan keuangan negara. Hal ini diikuti dengan makin tingginya transfer dana dari APBN ke daerah, yang meliputi : Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum

(DAU), dan Dana Alokasi Khusus (DAK)<sup>(3)</sup>.

Efektivitas pemilihan mekanisme transfer tergantung pada tujuan. Dana Alokasi Umum (DAU) dimaksudkan untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan pendapatan antar tingkat pemerintahan, baik vertikal maupun horizontal, sedangkan Dana Alokasi Khusus (DAK) dialokasikan ke daerah tertentu untuk membantu membiayai kebutuhan khusus. Hal ini dilandasi oleh pemikiran bahwa tidak semua bentuk pelayanan daerah bisa

<sup>1</sup> Kantor Wilayah Perbendaharaan XI, Departemen Keuangan RI, Jakarta.

<sup>2</sup>. Departemen AKK FKM UI.

dijelaskan melalui satu formula yang bersifat umum dari variabel-variabel DAU<sup>(4)</sup>.

Meskipun otonomi daerah memungkinkan penyelenggaraan pembangunan di daerah dilaksanakan oleh daerah sendiri secara leluasa, namun perbedaan kapasitas fiskal/ketersediaan finansial antar daerah sering menjadi penghambat dalam menyediakan pelayanan dasar sesuai standar pelayanan minimal<sup>(4, 5)</sup>. Untuk mewujudkan tanggung jawab dalam mensejahterakan penduduknya, terutama menjamin pelayanan dasar, meningkatkan mutu, daya jangkauan dan kualitas pelayanan dasar, pemerintah pusat memandang perlu melakukan campur tangan. Hal ini diwujudkan dengan transfer DAK non DR (Dana Reboisasi) yang dimaksudkan untuk membiayai kegiatan-kegiatan khusus di daerah yang merupakan urusan daerah dan sesuai prioritas nasional, khususnya kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan dasar masyarakat yang belum mencapai standar minimal.

Sebagaimana tujuan DAK non DR untuk menutupi kesenjangan dalam penyediaan pelayanan dasar, maka penetapan alokasinya dilakukan dengan formula tertentu yang memperhatikan kapasitas fiskal, kekhususan dan karakteristik wilayah, serta kriteria teknis sesuai bidangnya. Di bidang kesehatan, kriteria teknis yang digunakan adalah : jumlah Puskesmas (Perawatan dan non Perawatan), Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling (Perairan dan Roda Empat), Polindes, Indeks Kemahalan Konstruksi (IKK) dan indeks kemiskinan masyarakat yang dikonversi dengan memperhitungkan prosentase penduduk yang diperkirakan tidak mencapai usia 40 tahun, prosentase penduduk tanpa akses air bersih, prosentase penduduk tanpa akses terhadap sarana kesehatan dan prosentase balita kurang gizi. Formula yang tepat dan penggunaan yang konsisten memegang peranan yang penting dalam

mewujudkan keadilan ini. Hal ini perlu mendapat perhatian karena pengalokasian yang tidak sesuai (*inequity*) sering terjadi dalam pengalokasian sumber daya<sup>(6, 7)</sup>.

Meskipun demikian, pengalokasian DAK non DR TA 2004 belum terlalu memperhatikan permasalahan yang bersifat kewilayahan dan lintas sektor, bahkan belum mencerminkan kekhususan yang menjadi bagiannya<sup>(5)</sup>.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dan analitik yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel bebas yaitu kekhususan wilayah, karakteristik wilayah, kapasitas fiskal, status kesehatan, akses air bersih, akses terhadap pelayanan kesehatan, status gizi balita, ketersediaan sarana pelayanan kesehatan dengan variabel terikat yaitu besaran alokasi DAK non DR. Penelitian juga dilakukan untuk menggali faktor-faktor yang mempengaruhi pengalokasian DAK non DR melalui wawancara mendalam.

## BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan di Lingkungan Departemen Kesehatan, Departemen Keuangan dan instansi lain yang terkait alokasi DAK non DR selama 4 bulan, yaitu dari Maret 2005 - Juli 2005. Populasi pada penelitian kuantitatif adalah semua Kabupaten/Kota di Indonesia yang mendapat alokasi DAK non DR Tahun Anggaran (TA) 2005 yaitu berjumlah 434 Kabupaten/Kota. Pada penelitian kualitatif, informan berjumlah 12 orang terdiri dari pejabat yang membawahi Bidang Perencanaan dan Anggaran Departemen Kesehatan, Bidang Program dan Informasi Kesehatan Masyarakat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Bidang Perencanaan dan Pembangunan Biro Perencanaan Departemen Kesehatan, Bidang Dana Alokasi Khusus dan Dana Perimbangan Direktorat

Jenderal Anggaran & Perencanaan Keuangan Departemen Keuangan, Bidang Fasilitas Dana Alokasi Khusus wilayah I & II Direktorat Administrasi Keuangan Daerah Departemen Dalam Negeri, Subdit perbatasan antar wilayah Direktorat Jenderal PUM Departemen Dalam Negeri, dan Anggota Komisi 9 DPR RI. Tabel 1 menunjukkan jabatan atau satuan kerja pejabat yang diwawancarai.

Analisis data terdiri dari tiga tahap yaitu analisis univariat untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel. Analisis bivariat dengan regresi linier sederhana untuk melihat hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas, dan analisis multivariat dengan regresi linier multivariat untuk mengetahui variabel yang paling berpengaruh/dominan. Untuk memenuhi syarat normalitas dalam analisis regresi multivariat, maka dilakukan loga-

ritme pada variabel hingga terdistribusi normal. Sedangkan untuk data kualitatif dilakukan analisis isi (*content analysis*) dengan membandingkan hasil penelitian dan teori-teori yang ada dalam tinjauan pustaka. Tabel 2 menunjukkan definisi operasional dari besaran alokasi DAK non DR, dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Secara garis besar, pedoman wawancara berisi tiga kelompok pertanyaan, yaitu : (1) pertanyaan umum tentang ketersediaan data yang diperlukan untuk menggunakan formula perhitungan alokasi DAK non DR TA 2005, (2) pertanyaan kriteria umum dan teknis dalam alokasi DAK non DR TA 2005, (3) pertanyaan tentang variabel teknis dalam alokasi DAK non DR TA 2005.

**Tabel 1. Distribusi Informan**

| No | Kode Informan | Jenis kelamin | Jabatan/Satuan Kerja  | Pendidikan terakhir |
|----|---------------|---------------|---|---------------------|
| 1  | P1            | Perempuan     | Kasubdit DAK, DJAPK Depkeu                                  | S2 Manajemen        |
| 2  | P2            | Laki-laki     | Kasi DAK wil 2 DJAPK  | S1 Akuntansi        |
| 3  | P3            | Laki-laki     | Karoren Depkes  | S2 Kesehatan        |
| 4  | P4            | Laki-laki     | Kabag Renbang Depkes  | S2 Kesehatan        |
| 5  | P5            | Perempuan     | Kasi perencanaan Depkes                                     | S2 Kesehatan        |
| 6  | P6            | Laki-laki     | Kabag PI Ditjen Kesman                                      | S2 Kesehatan        |
| 7  | P7            | Laki-laki     | Kasi PI ditjen Kesmas                                       | S2 Kesehatan        |
| 8  | P8            | Laki-laki     | Pelaksana bagian PI kesmas                                  | S1 Sospol           |
| 9  | P9            | Laki-Laki     | Komisi 9 DPR RI   | Apoteker            |
| 10 | P10           | Perempuan     | Kasubdit Fasilitas DAK1 Depdagri                            | S1 Hukum            |
| 11 | P11           | Perempuan     | Kasubdit Fasilitas DAK2 Depdagri                            | S1 teknik Sipil     |
| 12 | P12           | Perempuan     | Pelaksana pada Subdit perbatasan antar wilayah PUM Depdagri | S2 Geografi         |

**Tabel 2. Definisi Operasional Besaran Alokasi DAK non DR dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya**

| Variabel                   | Definisi  | Cara Ukur   | Sumber data   | Hasil ukur   | Skala   |
|----------------------------|---|---|---|--|---------|
| Besaran Alokasi DAK non DR | Jumlah/nilai uang yang berasal dari APBN di luar Dana Reboisasi yang dialokasikan kepada daerah tertentu untuk membantu membiayai kebutuhan kesehatan selama 1 TA   | Mencatat jumlah alokasi dari lampiran KMK 505/KMK.02/2004   | Lampiran KMK 505/KMK.02/2004.   | Angka yang menunjukkan jumlah alokasi DAK non DR .....rupiah                           | Rasio   |
| Kapasitas fiskal           | Nilai hasil dari selisih penerimaan daerah selain SAL, yang meliputi (PAD, dana perimbangan, pinjaman dll) dengan belanja PNS daerah dibagi nilai total untuk seluruh daerah.   | Menghitung Index fiskal netto (IFN) dari rumus :<br>$FNI = (PF-BP)/IKK$ $IFN = (FN /total FNI) \times N$  | Statistik Keuangan pemerintah Kab/Kota 2001-2003  | Angka yang menunjukkan jumlah indeks fiskal netto                                      | Rasio   |
| Kekhususan Wilayah         | Perlakuan tertentu yang diberlakukan pemerintah pusat kepada suatu daerah berdasar keputusan perundangan  | Memberikan nilai pada Kab/Kota sesuai perlakuan khusus yang diberikan pemerintah pusat  | UU/inpres   | 1 = daerah yang diberlakukan khusus<br>0 = daerah yang tidak mendapat perlakuan khusus | Ordinal |
| Karakteristik Wilayah      | Kondisi wilayah yang dapat dipertimbangkan dalam penetapan DAK non DR meliputi daerah perbatasan, daerah pesisir dan kepulauan, daerah pasca konflik atau kerusuhan, daerah hilir aliran sungai, rawan banjir, dan daerah tertinggal/terpencil, KTI, serta daerah yang menampung program transmigrasi | Menghitung Indeks kekhususan wilayah dengan menjumlah 7 indikator kekhususan wilayah masing-masing Kab/Kota dibagi rata-rata karakteristik. Masing-masing kekhususan diberi nilai 1 untuk karakteristik wilayah yang layak dan 0 untuk karakteristik yang tidak layak | Data dari Depdagri, Dep.transmigrasi, KLH, Dep kelautan dan perikanan, peta wilayah administrasi, | Angka yang menunjukkan besarnya indeks kekhususan wilayah                              |         |
| Status kesehatan           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ persentase penduduk yang diperkirakan meninggal sebelum mencapai usia 40 tahun</li> <li>▪ Jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1000 kelahiran hidup</li> </ul>   | Mencatat status kesehatan dari <i>HDR 2004</i>  | <i>Human Development Report 2004</i>  | Angka yang menunjukkan besaran status kesehatan  |         |

| Variabel                                | Definisi  | Cara Ukur   | Sumber data  | Hasil ukur  | Skala |
|---|---|---|--|---|-------|
| Akses terhadap air bersih               | Persentase penduduk yang tidak menggunakan air PAM, air pompa, air sumur atau mata air yang letaknya lebih dari 10 m dari septik tank.  | Mencatat akses air bersih dari HDR 2004   | Human Development Report 2004  | Angka yang menunjukkan besarnya akses terhadap air bersih.  |       |
| Akses terhadap sarana kesehatan.        | Persentase penduduk yang tinggal di tempat yang jaraknya lebih dari 5 km atau lebih dari sarana kesehatan (rumah sakit, klinik, puskesmas, dokter, juru rawat, bidan yang terlatih, paramedik dll) di Kab/Kota  | Mencatat akses pelayanan kesehatan /fasilitas kesehatan dari HDR 2004   | Human Development Report 2004  | Angka yang menunjukkan besarnya akses pelayanan kesehatan.  |       |
| Status gizi                             | Persentase balita yang mempunyai BB kurang (menderita kurang gizi tingkat sedang dan parah) kekurangan gizi sedang merujuk pada persentase anak dibawah lima tahun yang memiliki berat badan dibawah 2 standar deviasi dari median BB anak usia tsb. Kekurangan gizi parah merujuk pada persentase anak dibawah usia lima tahun yang berada dibawah 3 standar deviasi dari median BB anak berusia tersebut. | Mencatat status gizi dari Human Development Report 2004   | Human Development Report 2004  | Angka yang menunjukkan besarnya status gizi   |       |
| Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan | Banyaknya fasilitas/tempat yang menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu di Kab/Kota, yang terdiri atas puskesmas, puskesmas rawat inap, puskesmas keliling, puskesmas pembantu dan polindes tanpa dan dengan mempertimbangkan SDM   | Menghitung indeks ketersediaan sarana pelayanan kesehatan dengan menghitung jumlah sarana yang diberi bobot sesuai SDM dan pembobotan dari Depkes dibagi rata-rata ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Bobot Depkes = Puskesmas, Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Polindes masing-masing :9;9;3;3;1 Pembobotan SDM sesuai peringkat pendidikan. Profesi = 5, S1 =4, D3 = 3; D2 =2 dan tenaga lainnya = 1 | Data dasar puskesmas tahun 2003, data kinerja puskesmas dari Ditjen Kesmas | Angka yang menunjukkan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besaran indek jumlah puskesmas</li> <li>▪ Besaran indek jumlah puskesmas yang telah dibobot.</li> </ul> |       |

**Tabel 3. Distribusi Kabupaten/Kota dengan 10 Alokasi Maksimum dan Minimum Menurut Alokasi, Bobot Daerah, Bobot Teknis dan Bobot DAK**

| No | Kabupaten/kota<br>Propinsi           | Alokasi<br>(Milyar ) | Bobot<br>Daerah* | Bobot<br>Teknis** | Bobot<br>DAK |
|----|--------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|--------------|
| 1  | Kota Pariaman<br>(Sumbar)            | 3,02                 | 1,44             | 1,70              | 1,70         |
| 2  | Kab Lampung Tengah<br>(Lampung)      | 4,00                 | 0,83             | 1,73              | 1,73         |
| 3  | Kota Probolinggo<br>(Jawa Timur)     | 3,45                 | 0,90             | 2,09              | 2,09         |
| 4  | Kab Minahasa<br>(Sulawesi Utara)     | 3,98                 | 1,46             | 0,77              | 2,23         |
| 5  | Kab Sangihe<br>(Sulawesi Utara)      | 3,07                 | 4,51             | 0,99              | 5,50         |
| 6  | Kab Kepulauan Talaud<br>(Sulut)      | 3,10                 | 5,61             | 0,56              | 6,17         |
| 7  | Kab Sukamara<br>(Kalteng)            | 2,66                 | 4,32             | 0,41              | 4,73         |
| 8  | Kab Rote Ndao<br>(NTT)               | 3,14                 | 5,89             | 0,49              | 6,38         |
| 9  | Kab Maluku Tengah<br>(Maluku)        | 3,08                 | 2,03             | 1,68              | 3,70         |
| 10 | Kab Kota Waringin<br>Barat (Kalteng) | 2,68                 | 2,20             | 1,16              | 3,36         |
| 11 | Kab Bandung<br>(Jawa Barat)          | 1,000                | 0,37             | 1,49              | 1,86         |
| 12 | Kab Cilacap<br>(Jawa Tengah)         | 1,000                | 0,79             | 1,11              | 1,90         |
| 13 | Kab Grobogan<br>(Jawa Tengah)        | 1,000                | 0,59             | 0,99              | 1,58         |
| 14 | Kab Nganjuk (Jawa<br>Timur)          | 1,000                | 0,79             | 0,94              | 1,73         |
| 15 | Kab. Kutai<br>(Kalimantan Timur)     | 1,000                | 0,72             | 0,49              | 1,21         |

\* sesuai perhitungan Departemen Keuangan

\*\* sesuai perhitungan Departemen Kesehatan

## HASIL PENELITIAN

### 1. Analisis Univariat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tiap Kabupaten/Kota mendapat rata-rata alokasi DAK non DR Tahun Anggaran sebesar Rp. 1.873.111.782,42, median Rp. 1.830.000.000 dengan standar deviasi Rp. 381.146.177,57. Alokasi minimal sebesar Rp. 1.000.000.000 dan alokasi maksimal Rp. 4.000.000.000. Wilayah yang men-

dapat alokasi dana minimal (1 milyar) sebanyak 10 Kabupaten/Kota. Sedangkan Kabupaten dengan alokasi terbesar adalah Kabupaten Lampung Tengah (4 milyar). Besaran alokasi DAK non DR di daerah ditentukan oleh variabel-variabel dalam formula DAK non DR yang diwujudkan dengan kebutuhan daerah.

Sepuluh Kabupaten/Kota dengan alokasi terbesar mempunyai tingkat kebutuhan (bobot DAK) yang bervariasi

(1,70-6,38). Dari Tabel 3 terlihat besaran alokasi kurang sesuai dengan kebutuhan daerah yang tercermin pada bobot DAK. Lampung Tengah dengan bobot DAK hanya 1,73 mempunyai alokasi terbesar, bahkan lebih besar dari Kabupaten Rote Ndao yang mempunyai bobot DAK 6,38; Kepulauan Talaud 6,17; dan Kabupaten Sangihe 5,50. Pembatasan alokasi dilakukan dengan Pagu maksimal 4 milyar (kab Lampung Tengah), untuk menghindari perbedaan yang sangat mencolok dengan Kabupaten/Kota yang mendapat alokasi minimal.

## 2. Analisis Bivariat

Dari Tabel 4, hasil analisis bivariat memperlihatkan hubungan yang lemah dan positif antar variabel dalam formula alokasi DAK non DR. Hal ini berarti semakin tinggi atau besar nilai yang dihasilkan masing-masing variabel, maka alokasi DAK non DR yang didapat semakin besar, kecuali pada variabel Kapasitas Fiskal yang mempunyai hubungan lemah negatif, yang berarti semakin tinggi Kapasitas Fiskal

suatu Kabupaten/Kota, maka alokasi DAK non DR yang didapatkan semakin kecil. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa masing-masing variabel mempunyai hubungan yang signifikan dengan alokasi DAK non DR ( $P_v < 0,05$ ), kecuali variabel Kapasitas Fiskal ( $P_v = 0,092$ ).

## 3. Variabel yang Terpilih Menjadi Kandidat dalam Analisis Multivariat

Dari hasil analisis bivariat didapatkan bahwa semua variabel yang diuji lolos dalam seleksi kandidat model karena mempunyai  $P\ value \leq 0,25$ . Kemudian dari hasil pemodelan secara bersamaan diketahui hanya 4 variabel yang masuk model ( $P_v < 0,05$ ), yaitu Indeks Kapasitas Fiskal, Kekhususan Wilayah, Akses Air Bersih, Ketersediaan Fasilitas Kesehatan. Selanjutnya tidak didapatkan interaksi antar variabel. Dengan tidak adanya variabel interaksi yang masuk model, maka hasil akhir proses analisis Multivariat dengan Regresi Linier Ganda adalah model tanpa interaksi.

**Tabel 4. Analisis Korelasi dan Regresi Variabel Independen dan Besar Alokasi DAK non DR pada Semua Kabupaten/Kota**

| Variabel                         | R     | R <sup>2</sup> | P value |
|----------------------------------|-------|----------------|---------|
| Kapasitas Fiskal                 | 0,119 | 0,014          | 0,092   |
| Kekhususan Wilayah               |       |                | 0,002   |
| Karakteristik Wilayah            |       |                |         |
| Status Kesehatan                 | 0,251 | 0,063          | 0,00    |
| Akses Air Bersih                 | 0,35  | 0,124          | 0,00    |
| Akses Pelayanan Kesehatan        | 0,29  | 0,085          | 0,00    |
| Status Gizi Balita               | 0,261 | 0,068          |         |
| Ketersediaan Fasilitas Kesehatan | 0,41  | 0,166          | 0,00    |

Selanjutnya dilakukan persamaan Model Multi Regresi Linier memperlihatkan bahwa : variabel independen mempunyai hubungan yang kuat dengan variabel dependen (nilai koefisien korelasi  $r = 0,622$ ). Sehingga variasi alokasi DAK non DR yang dapat dijelaskan oleh variabel Kapasitas Fiskal, Kekhususan Wilayah, Akses Air Bersih, dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan adalah  $r^2 = 38,6\%$ , sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.

Interpretasi hasil persamaan regresi linier : Log alokasi DAK non DR =  $8,727 - 0,166 \text{ Log IFN} + 0,053 \text{ kekhususan wilayah} + 0,001 \text{ akses air bersih} + 0,069 \text{ ketersediaan fasilitas kesehatan}$  adalah :

1. Setiap kenaikan log Indeks Fiskal netto sebesar 1, maka log alokasi DAK non DR akan turun sebesar 0,166
2. Wilayah yang mempunyai kekhususan sesuai perundangan-undangan, akan mendapat tambahan log alokasi sebesar 0,053
3. Setiap kenaikan prosentase penduduk yang tidak terjangkau sarana air bersih (akses air bersih) sebesar 1%, maka Log alokasi akan bertambah sebesar 0,001.
4. Setiap kenaikan indeks jumlah Puskesmas sebesar 1, maka log alokasi DAK non DR akan bertambah sebesar 0,069

Faktor yang paling dominan menentukan besaran alokasi DAK non DR dapat dilihat dari nilai koefisien standar  $\beta$  yang mempunyai nilai paling besar. Koefisien standar  $\beta$  terbesar adalah 0,519 yaitu untuk variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan. Dengan demikian variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan merupakan faktor yang dominan yang berhubungan dengan besaran alokasi.

#### **4. Faktor-faktor Lain dalam Alokasi DAK non DR**

Adanya faktor lain dalam pengalokasian DAK non DR sangat dimungkinkan. Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi, bahwa faktor lain yang masih berpengaruh dalam alokasi antara lain : ketersediaan data, pertimbangan kecukupan dan perbedaan yang tidak terlalu mencolok, serta masih adanya pertimbangan politis. Daerah dengan bobot lebih kecil bisa mendapatkan jumlah yang lebih besar, dan beberapa daerah menerima alokasi tiap tahun. Pembatasan alokasi dilakukan dengan Pagu maksimal Rp. 4 milyar, untuk mencegah perbedaan yang sangat mencolok dengan Kabupaten/Kota yang mendapat alokasi minimal, sedang pembatasan Pagu minimal Rp. 1 milyar diambil karena adanya pertimbangan kecukupan terendah.

#### **5. Hasil Akhir Regresi Linier Ganda Simulasi Formula DAK non DR.**

##### **a. Simulasi dengan Penggantian Prosentase Penduduk yang Diperkirakan Meninggal Sebelum 40 Tahun dengan AKB**

Setelah dilakukan uji interaksi pada variabel dalam simulasi penggantian prosentase penduduk yang diperkirakan meninggal sebelum 40 tahun dengan Angka Kematian Bayi (AKB), didapatkan bahwa variabel Kapasitas Fiskal berhubungan dengan Status Kesehatan dan variabel Kapasitas Fiskal berhubungan dengan Akses Air Bersih. Sehingga penggantian variabel Status Kesehatan yang semula menggunakan prosentase penduduk yang diperkirakan meninggal sebelum 40 tahun dengan angka kematian bayi menghasilkan model akhir dengan persamaan regresi linier untuk alokasi DAK non DR dengan menggunakan AKB sebagai variabel status kesehatan adalah :

Log alokasi =  $8,389 - 0,297 \text{ Log Indeks Kapasitas Fiskal} + 0,052 \text{ Kekhususan Wil} + 0,011 \text{ AKB} - 0,019 \text{ Akses Air Bersih} + 0,072 \text{ Ketersediaan Faskes} + 0,004 \text{ log Kapasitas Fiskal} * \text{Status Kesehatan (AKB)} - 0,001 \text{ Kapasitas Fiskal} * \text{Akses Air Bersih}$

Interpretasi :

1. Setiap daerah yang mendapat perlakuan khusus dari pemerintah yang ditetapkan dengan undang-undang, maka log alokasi DAK non DR akan naik sebesar 0,052
2. Setiap kenaikan indeks jumlah Puskesmas sebesar 1, maka log alokasi DAK non DR akan naik sebesar 0,072
3. Setiap kenaikan log Kapasitas Fiskal secara bersama-sama dengan angka kematian bayi sebesar 1, maka Log alokasi akan bertambah sebesar 0,0004123.
4. Setiap kenaikan indeks jumlah Puskesmas terbobot SDM sebesar 1, maka log alokasi DAK non DR akan naik sebesar 0,792
5. Setiap kenaikan log Kapasitas Fiskal secara bersama-sama dengan Akses Air Bersih sebesar 1, maka Log alokasi akan berkurang sebesar 0,004.

Persamaan yang diperoleh juga lebih baik daripada persamaan yang dihasilkan dari formula asli. Hal ini terlihat dari kemampuan variabel-variabel dalam persamaan simulasi dengan AKB dalam menerangkan variasi alokasi DAK non DR yang lebih besar.

#### **b. Simulasi dengan Pembobotan SDM pada Variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan.**

Hasil uji interaksi variabel pada simulasi dengan pembobotan SDM pada variabel ketersediaan fasilitas kesehatan di-

dapatkan bahwa Kapasitas Fiskal berhubungan dengan status hidup, Kapasitas Fiskal berhubungan dengan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Pembobotan SDM dan Kekhususan Wilayah berhubungan dengan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Pembobotan SDM. Sehingga hasil akhir analisis regresi linier multivariat dengan variabel ketersediaan fasilitas kesehatan yang dibobot menggunakan SDM menghasilkan model akhir dengan persamaan regresi yang diperoleh adalah :

Log alokasi =  $9,023 - 0,024 * \text{Log Kapasitas Fiskal} + 0,029 * \text{Kekhususan Wilayah} + 0,008 * \text{Akses Air Bersih} - 0,091 * \text{Ketersediaan Fasilitas Kesehatan terboboti SDM} - 0,022 * \text{Kapasitas Fiskal} * \text{Status Hidup} - 0,049 * \text{Kapasitas Fiskal} * \text{Ketersediaan Faskes dengan pembobotan SDM} + 0,018 * \text{Kekhususan Wilayah} * \text{Ketersediaan Faskes dengan pembobotan SDM}$ .

Dengan  $R=0,67$  dan  $R^2 = 0,453$ , hubungan antara variabel-variabel tersebut dengan alokasi lebih kuat, dan dapat menerangkan variasi alokasi dengan lebih baik.

## **PEMBAHASAN**

Alokasi menurut Pearson <sup>(6)</sup> adalah proses mendistribusikan sumber dana yang ada kepada pemakai yang saling bersaing dan merupakan alat untuk mencapai tujuan khusus. Dalam SKN dikatakan bahwa alokasi dana merupakan penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah dihimpun. Transfer dana merupakan sumber penerimaan yang sangat dominan di negara berkembang termasuk Indonesia.

Pada berbagai negara, rincian cara pembiayaan kesehatan diorganisir secara berbeda, demikian juga pengaturan

keuangan untuk proses desentralisasi. Beberapa studi kasus di berbagai negara menunjukkan bahwa sejumlah desentralisasi keuangan dapat diusahakan, seperti anggaran pemerintah propinsi di Papua New Guinea, dan pengembangan kabupaten di Sri Langka<sup>(8)</sup>.

Ada beberapa masalah pembiayaan kesehatan dan pengendalian anggaran yang ditemui dalam proses desentralisasi seperti bagaimana menentukan alokasi dana atau bantuan ke daerah dengan cara yang lebih rasional dan merata. Secara praktis, alokasi sumber daya cenderung berdasarkan pengeluaran sebelumnya, pertimbangan per kepala, dan tekanan-tekanan politis, meskipun umumnya terjadi beberapa usaha untuk menyusun formula anggaran yang berdasarkan prinsip pemerataan<sup>(8)</sup>.

Perbedaan kapasitas fiskal/ketersediaan finansial antar daerah, sering menjadi penghambat bagi daerah sehingga tidak mampu memberikan fasilitas/standar pelayanan minimal<sup>(4, 5)</sup>. Di bidang kesehatan, hal ini akan menyebabkan keterjangkauan akses pelayanan dasar terutama masyarakat miskin berkurang dan menghambat pencapaian derajat kesehatan yang lebih tinggi. Untuk mewujudkan tanggung jawab dalam mensejahterakan penduduknya, terutama menjamin pelayanan dasar termasuk kesehatan, meningkatkan mutu, daya jangkau dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pemerintah pusat memandang perlu melakukan campur tangan, hal ini diwujudkan dengan transfer DAK non DR.

Dalam pengalokasian DAK non DR, Depkeu dan Depkes menggunakan data keadaan 2001 atau data sebelum otonomi. Meskipun data kapasitas fiskal dapat diperoleh, namun data ini belum mencakup Kabupaten/Kota Pemekaran. Oleh karena itu, penggunaan data ini sebenarnya kurang relevan. Bahkan menurut informan, masih

ada keraguan dalam memilih atau menggunakan data.

Formula dalam pengalokasian DAK non DR belum dipergunakan dengan konsisten, karena tingkat kebutuhan daerah (bobot DAK) yang ada tidak mempengaruhi besar kecilnya alokasi yang diberikan. Hal ini terlihat pada bobot daerah Lampung Tengah yang memperoleh alokasi terbesar (Rp. 4 milyar), sementara Kabupaten dan Kota lain yang mempunyai bobot jauh lebih besar, mendapat alokasi yang lebih rendah. Kabupaten Rote Ndao dengan bobot daerah 5,89; Kepulauan Talaud 5,61, dan Kabupaten Sangihe 4,51.

Hubungan antara Alokasi dengan Kapasitas Fiskal daerah menunjukkan bahwa semakin besar Kapasitas Fiskal suatu wilayah, maka alokasi DAK non DR semakin kecil. Hasil ini sejalan dengan tujuan filosofis kebijakan DAK non DR 2005, untuk mengatasi adanya kesenjangan penyediaan pelayanan dasar. Oleh karena keterbatasan sumberdaya merupakan hambatan yang serius pada pelayanan kesehatan, terutama di negara-negara miskin dan berkembang<sup>(4, 5, 9)</sup>, dan ketidakmampuan secara fiskal akan menyebabkan ketidakmampuan dalam memberikan fasilitas/standar pelayanan minimal, maka daerah yang secara fiskal miskin (kapasitas fiskal rendah), mendapat alokasi yang lebih besar.

Daerah dengan status khusus memperoleh rata-rata alokasi yang lebih besar dibanding daerah dengan status Biasa. Hal ini sesuai dengan UU No 25/99, dimana daerah yang termasuk kriteria khusus harus mendapat alokasi DAK non DR. Selain itu, sesuai Instruksi Presiden No 6 Tahun 2003 tentang Percepatan Pemulihan Pembangunan Propinsi Maluku dan Maluku Utara Pasca Konflik, Menteri Kesehatan diinstruksikan untuk memprioritaskan pemulihan pembangunan di Propinsi Maluku

dan Propinsi Maluku Utara dalam bidang Kesejahteraan Rakyat melalui program rehabilitasi prasarana dan sarana kesehatan. Hal ini sesuai pendapat Pearson <sup>(6)</sup>, bahwa untuk menjamin akses yang adil, maka formula alokasi sumber daya perlu mempertimbangkan faktor lain misalnya keadaan/situasi khusus dan situasi keamanan, kondisi geografis yang berpengaruh pada biaya serta situasi keamanan. Sutton <sup>(11)</sup> juga berpendapat senada, bahwa alokasi sumber daya kesehatan harus memperhitungkan biaya tambahan misalnya untuk daerah terpencil dan pedalaman.

Alokasi DAK non DR mempertimbangkan karakteristik wilayah yang mencerminkan adanya kesulitan dalam memberikan pelayanan <sup>(10)</sup>. Hal ini sesuai dengan model alokasi anggaran untuk Puskesmas oleh NHS Scotlandia yang mempertimbangkan kelebihan biaya akibat ketidakterjangkauan fasilitas kesehatan <sup>(12)</sup>.

Namun hubungan karakteristik terhadap alokasi tidak bisa diketahui karena variabel ini tidak terdistribusi normal. Adanya Kabupaten/Kota penerima DAK non DR tetapi tidak mempunyai karakteristik wilayah dimungkinkan bila kapasitas fiskal daerah tersebut di bawah rata-rata (kurang dari 1) atau daerah tersebut berada di Propinsi NAD & Papua. Namun dalam hal ini terdapat daerah yang mempunyai kapasitas fiskal tinggi misalnya Kota Blitar dan Nganjuk. Hasil evaluasi DAK non DR 2004 oleh Departemen Dalam Negeri menyimpulkan bahwa pengalokasian DAK non DR belum memperhatikan permasalahan kewilayahan. Bahkan kata "khusus" yang merupakan unsur DAK belum terwakili <sup>(5)</sup>. Menurut informan, hal ini mungkin disebabkan penetapan wilayah yang dipengaruhi prioritas alokasi pada daerah asal pemilihan anggota DPR.

Akses terhadap pelayanan kesehatan, menentukan status kesehatan <sup>(9, 13)</sup>. Ketidakterjangkauan akses pelayanan kesehatan akan menimbulkan masalah biaya dalam pelayanan kesehatan <sup>(12)</sup>. Oleh karena itu, alokasi sumber daya akan meningkat seiring dengan ketidakterjangkauan akses pelayanan kesehatan. Akan tetapi, berdasarkan hasil analisis multivariat ternyata Akses Pelayanan Kesehatan mempunyai hubungan yang tidak bermakna dengan Alokasi. Hasil ini kurang sejalan dengan tujuan pengalokasian DAK yakni untuk menyediakan pelayanan dasar, dengan meningkatkan mutu dan daya jangkau.

Carrin & Vereeka <sup>(9)</sup> berpendapat bahwa ketidakterjangkauan air bersih dapat menyebabkan banyaknya masalah kesehatan misalnya mudahnya penyakit infeksi berkembang. Hal ini sesuai dengan hasil analisis dimana semakin banyak penduduk yang tidak terjangkau air bersih, alokasi DAK non DR akan meningkat. Namun bila dilihat tujuan pembiayaan DAK adalah untuk peningkatan/perbaikan fisik Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Polindes, alat transportasi dan pengadaan peralatan, maka variabel ini kurang sesuai.

Menurut Carrin & Vereeka <sup>(9)</sup>, di Amerika Latin kurang gizi merupakan penyebab utama kematian saat balita. Status gizi balita menunjukkan tingkat kemiskinan di suatu daerah, dimana semakin banyak jumlah penduduk miskin, maka semakin banyak pula anak balita yang menderita kurang gizi di daerah tersebut <sup>(14, 15)</sup>. Namun dalam analisis ini, prosentase balita gizi kurang dan besaran DAK non DR tidak berhubungan secara signifikan.

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku pencarian pertolongan kesehatan oleh tenaga kesehatan <sup>(16)</sup> dan mempengaruhi status kesehatan <sup>(13)</sup>. Penelitian Nadjib <sup>(17)</sup> menemukan adanya hubungan antara ketersediaan sarana dengan akses dan pemerataan serta

akses pelayanan kesehatan di Jawa Tengah yang hanya dijangkau penduduk yang bertempat tinggal kurang dari 3 km Tarjono<sup>(19)</sup>, dalam penelitiannya menyimpulkan ada hubungan antara sarana pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Alokasi DAK non DR berhubungan signifikan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang meliputi Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Polindes. Hal ini sesuai dengan peruntukkan alokasi DAK non DR bagi penyediaan sarana fisik yang menunjang pelayanan dasar. Melihat kenyataan bahwa pendekatan menyeluruh sangat diperlukan dalam meningkatkan kesehatan<sup>(9)</sup> maka pembiayaan atau perbaikan komponen Puskesmas merupakan hal yang perlu diprioritaskan sehingga semakin banyak ketersediaan fasilitas kesehatan, alokasi DAK semakin besar. Oleh karena itu, dapat dipahami bahwa sesuai hasil analisis, variabel ini merupakan variabel dominan. Namun hal ini perlu mendapat perhatian, karena keterjangkauan akses masyarakat dimungkinkan bila fasilitas pelayanan kesehatan sudah tersebar secara merata.

Status kesehatan penduduk yang rendah dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya sarana pelayanan kesehatan<sup>(9, 13)</sup>. Sedang status kesehatan tercermin dari usia harapan hidup, angka kematian bayi (AKB), dan angka kematian ibu (AKI). Seperti halnya prosentase penduduk yang diperkirakan meninggal di bawah usia 40 tahun, AKB diperoleh berdasar hasil survei yang dilakukan BPS-UNDP<sup>(18)</sup>, sehingga mempunyai kelemahan yang relatif sama, misalnya daerah survei yang belum mencakup seluruh wilayah dan tidak menggambarkan keadaan terkini karena survei untuk kesehatan dilakukan 3 tahun sekali.

Jumlah penduduk dengan harapan hidup kurang dari 40 tahun menggambarkan permasalahan kesehatan secara umum. Oleh karena itu, pemerintah berkewajiban mengalokasikan dana yang lebih besar untuk memperbaiki komponen Puskesmas yang akan berpengaruh positif terhadap kesehatan<sup>(9)</sup>.

Simulasi penggantian prosentase penduduk yang diperkirakan meninggal di bawah usia 40 tahun dengan AKB, menghasilkan persamaan model yang lebih baik, karena dapat menerangkan variasi alokasi yang lebih besar dan hubungan yang lebih kuat antara variabel dalam model dengan besaran alokasi bahkan menjadikan variabel status kesehatan menjadi bermakna/signifikan. Indikator angka kematian bayi lebih menggambarkan tujuan ini karena angka kematian bayi tidak hanya mencerminkan besarnya permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor-faktor penyebab kematian bayi seperti kondisi perinatal, diare, infeksi saluran nafas, kurang gizi, penyakit infeksi spesifik tetapi juga tingkat kesehatan ibu, tingkat pelayanan *antenatal* dan *postnatal* ibu dan bayi, kebijakan/keberhasilan program kesehatan ibu anak dan keluarga berencana, kondisi kesehatan lingkungan secara umum dan tingkat sosial ekonomi masyarakat<sup>(19)</sup>.

Model yang mendasarkan pada jumlah sarana, kurang memperhatikan faktor lain seperti tenaga kesehatan dan tingkat kebutuhan masyarakat, sehingga dapat menyebabkan alokasi yang kurang tepat. Simulasi pembobotan pada variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan memberikan hasil signifikan dengan persamaan yang lebih baik karena dapat menerangkan variasi alokasi yang lebih besar dan hubungan yang diperoleh juga lebih kuat.

Data alokasi yang masih memperlihatkan belum adanya konsistensi, dan

penetapan dana alokasi yang dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti pertimbangan politis menunjukkan kesesuaian dengan pendapat Pearson<sup>(6)</sup>, bahwa distribusi sumber daya sangat dipengaruhi oleh kelompok terkait yang vokal dan kepentingan-kepentingan politik.

Tujuan akhir penelitian adalah menilai pengaruh variabel penetapan DAK non DR dengan besaran alokasi dan mengetahui variabel yang paling dominan mempengaruhi alokasi DAK non DR.

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa variabel paling dominan berhubungan dengan alokasi DAK non DR 2005 adalah Ketersediaan Fasilitas Kesehatan yang terdiri atas jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Polindes.

Pembobotan dengan SDM pada variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan memberikan hubungan yang lebih kuat. Begitu juga penggantian variabel Prosentase Penduduk yang diperkirakan meninggal di bawah usia 40 tahun dengan Angka Kematian Bayi memberikan hubungan yang lebih kuat. Penggantian ini sangat dimungkinkan karena sesuai dengan sasaran pokok Pembangunan Kesehatan tahun 2006, prioritas nasional dan kesepakatan global.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Undang-Undang No 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah. 1999
2. Undang-Undang No 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah. 2004
3. Sidik M. Format Hubungan Keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah yang Mengacu pada Pencapaian Tujuan Nasional. Diambil dari [www.djpkpd/](http://www.djpkpd/). 2002.
4. Simanjuntak R. Berbagai isu Pelaksanaan Desentralisasi Fiskal. Lembaga Penyelidikan Ekonomi Masyarakat, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Depok. 2002.
5. Wijoyo S. Review Pelaksanaan Kegiatan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi (DAK non DR) TA 2004 : Sambutan Direktur Jenderal Bina Pembangunan daerah dalam Rapat Koordinasi Sektor dan daerah. Jakarta. 2004.
6. Pearson M. Allocating Public Resources for Health : Developing Pro-poor Approaches, Health System Resources System. Diambil dari [www.worldbank.org/html/dec/Publications/Workpapers/wps1476.pdf](http://www.worldbank.org/html/dec/Publications/Workpapers/wps1476.pdf). Jakarta. 2005.
7. Akin J. Financing Health Services in Developing Countries : an agenda for reform, A World Bank Policy study, Washington, 1989. Diambil dalam : [www.sph.uq.edu.au/ACITHN/Conf97/papers97/thomason.htm-33k](http://www.sph.uq.edu.au/ACITHN/Conf97/papers97/thomason.htm-33k) Jakarta. 1989.
8. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. Health System Decentralization, Concepts, Issues and Country Experience. Geneva, WHO. 1991.
9. Carrin G, Vereeka M. Strategies for Health Care Finance in Developing Countries, Macmillan Press Ltd. 1992.
10. Departemen Keuangan. Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 505/KMK.02/2004 tentang Penetapan Alokasi dan Pedoman Umum Pengelolaan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi 2005. Diambil dalam : [www.djpkpd.go.id/hukum/kmk/kmk-548.htm](http://www.djpkpd.go.id/hukum/kmk/kmk-548.htm). Jakarta. 2004.
11. Sutton M. Use of Health Surveys in Resource Allocation, Senior Research Fellow, University of Glasgow. 2004.
12. The British Medical Association. Briefing on the Funding of the NHS in Scotland. Diambil dalam : [www.BMA%20-%20methods%20of%20resource%20allocation.htm](http://www.BMA%20-%20methods%20of%20resource%20allocation.htm). Jakarta. 2005.
13. Blum HL. Planning For Health Development and Application of Social Change Theory, Human Sciences Press, Inc, New York. 1981.
14. Departemen Kesehatan RI. Kumpulan Indikator Kesehatan, Arti dan Manfaat, cetakan 4, Jakarta. 1998.

15. Badan Pusat Statistik, Departemen Kesehatan, Bank Dunia. Laporan Hasil Survei Konsumsi Garam Yodium Rumah Tangga 2003. Jakarta. 2005.
16. Khumaidi M. Gizi Masyarakat, BPK Gunung Mulia, Jakarta. 1994.
17. Anderson R. Health Service Distribution and Equity, dalam : Anderson R, Kravit, J and Anderson O,W, Equity in health Service : Empirical analysis in Social Policy, Chicago Ballinger publishing Company. 1975.
18. Nadjib M. Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia, FKM UI, Depok. 1999.
19. Tarjono. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Yayasan Masyarakat Sehat Oleh Peserta Dana Sehat, FKM UI, Depok. 2000