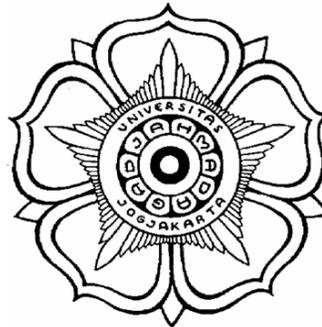


**ANALISIS ANGGARAN KESEHATAN PASCA BENCANA  
DI KABUPATEN SIMEULUE PROVINSI NANGGROE ACEH  
DARUSSALAM**

**Tesis**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan  
Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Minat Utama Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan**



**Diajukan Oleh:**

**ASLUDIN  
19042/PS/IKM/2006**

**KEPADA**

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS GADJAH MADA  
YOGYAKARTA  
2008**

## Tesis

### ANALISIS ANGGARAN KESEHATAN PASCA BENCANA DI KABUPATEN SIMEULUE PROVINSI NANGGROE ACEH DARUSSALAM

dipersiapkan dan disusun oleh

**ASLUDIN**

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
pada tanggal **18 Maret 2008**

#### Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama



**Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD**  
Pembimbing Pendamping I

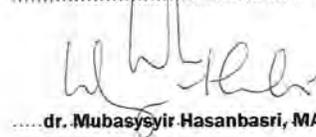
.....  
Pembimbing Pendamping II

.....

Anggota Dewan Penguji Lain



**Prof. dr. Djaswadi Dasuki, MPH, Sp. OG, PhD**



**dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA**

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister

Tanggal **25 MAR 2008** .....

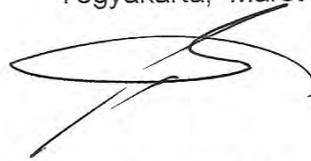
**Prof. dr. Hari Kusnanto, DrPH**

Pengelola Program Studi : **IKM** .....

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Maret 2008

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping loops and lines, positioned above the name ASLUDIN.

**ASLUDIN**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah, penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunianya penulis tesis ini telah dapat diselesaikan. Penulis tesis ini dimaksudkan sebagai salah satu syarat untuk memenuhi derajat S-2 pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Penulis menyadari dengan sepenuhnya, bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangannya, namun penulis yakin bahwa bagi peneliti yang ingin meneliti tentang analisis anggaran kesehatan pasca bencana dapat menjadikan acuan untuk penelitian selanjutnya.

Pada kesempatan ini pula penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Minat Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu ditempat ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, PhD, sebagai pembimbing utama yang dengan penuh dedikasi dan kesabaran selalu siap membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Ketua Pengelola Program S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ketua Pengelola Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan beserta seluruh staf yang telah membantu penulis selama pendidikan.
3. Bapak Mubasysyr Hasanbasri, dr, MA sebagai dosen pada minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan yang memberikan banyak masukan dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini

4. Bupati Kabupaten Simeulue beserta jajarannya yang telah membantu dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan S-2 di Universitas Gadjah Mada.
5. Orang tuaku dan segenap keluarga yang banyak membantu dalam berbagai hal serta doa restunya.
6. Istriku tercinta Nursaadah dan putra-putraku Agustian Rabawal dan Muhayyan Ifkar, dengan penuh ketabahan dan kesabaran serta doanya yang dipanjatkan sangat memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan program studi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
7. Sahabat ku Muhamad Yulhaidir, Riza, Mr. Adit, Agus Supeno serta teman-teman KMPK angkatan 2006 dengan kekompakannya serta kebersamaannya memberikan kontribusi dalam menyelesaikan studi ini.

Akhirnya semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, serta kita senantiasa mendapat petunjuk dan magfirahNya sehingga kita selamat di dunia dan akhirat amin.

Yogyakarta, Maret 2008

Penulis

Asludin

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Halaman Pernyataan .....	ii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel .....	viii
Daftar Gambar .....	ix
Intisari .....	x
Abstract .....	xi
<b>Bab I Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
<i>A. Latar Belakang.....</i>	<i>1</i>
<i>B. Rumusan Masalah .....</i>	<i>8</i>
<i>C. Tujuan Penelitian .....</i>	<i>9</i>
<i>D. Keaslian Penelitian .....</i>	<i>9</i>
<i>E. Manfaat Penelitian .....</i>	<i>10</i>
<b>Bab II Tinjauan Pustaka .....</b>	<b>11</b>
<i>A. Telaah Pustaka .....</i>	<i>11</i>
1. Penganggaran ( <i>Budgeting</i> ).....	11
2. Berbagai Pendekatan / Model Penganggaran.....	13
3. Otonomi Daerah dan Desentralisasi.....	16
4. Keterkaitan Analisis Biaya dan Anggaran Kesehatan.....	19
5. Sumber Pembiayaan dan Dana Pembiayaan Kesehatan.....	20
6. Advokasi.....	24
<i>B. Landasan Teori.....</i>	<i>25</i>
<i>C. Kerangka Konsep .....</i>	<i>26</i>
<i>D. Pertanyaan Penelitian.....</i>	<i>26</i>
<b>Bab III Metode Penelitian .....</b>	<b>27</b>
<i>A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....</i>	<i>27</i>

<i>B. Unit Analisis dan Subjek Penelitian</i> .....	27
<i>C. Lokasi Penelitian</i> .....	28
<i>D. Variabel Penelitian</i> .....	28
<i>E. Definisi Operasional</i> .....	28
<i>F. Metode Pengumpulan Data</i> .....	30
<i>G. Instrumen Penelitian</i> .....	30
<i>H. Prosedur Analisa Data</i> .....	31
<i>I. Etika Penelitian</i> .....	31
<i>J. Jalannya Penelitian</i> .....	32
<b>Bab IV Hasil Dan Pembahasan</b> .....	<b>34</b>
<b>Hasil</b> .....	<b>34</b>
<i>A. Sumber Dana</i> .....	34
<i>B. Usulan Anggaran Kesehatan</i> .....	42
1. Proyeksi Kebutuhan Operasional Kesehatan.....	42
2. Kecukupan Anggaran Kesehatan.....	53
3. Respon dalam penanganan pasca bencana.....	57
<b>Pembahasan</b> .....	<b>59</b>
<i>A. Sumber Dana</i> .....	59
<i>B. Usulan Anggaran Kesehatan</i> .....	61
1. Proyeksi Kebutuhan Operasional Kesehatan Kebutuhan....	61
2. Kecukupan Anggaran Kesehatan.....	65
3. Exit Strategi Pasca BRR.....	68
<b>Bab V Kesimpulan dan Saran</b> .....	<b>75</b>
1. <i>Kesimpulan</i> .....	75
2. <i>Saran</i> .....	75
<b>Daftar Pustaka</b> .....	<b>75</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue	4
Tabel 2. Pengalokasian Dana Belanja Bidang Kesehatan	5
Tabel 3. Sumber Dana dan Jenis Kegiatan	6
Tabel 4. Alokasi Anggaran Kesehatan Pra Bencana	35
Tabel 5. Tanggapan Responden tentang Sumber Pendanaan	38
Tabel 6. Alokasi Anggaran Kesehatan Pasca Bencana	40
Tabel 7. Alokasi Dana APBD Provinsi NAD Program Kesehatan	41
Tabel 8. Target dan realisasi PAD Kabupaten Simeulue	42
Tabel 9. Proyeksi Anggaran Pola Minimal Dinas Kesehatan	44
Tabel 10. Proyeksi Anggaran Pola Maksimal Dinas Kesehatan	45
Tabel 11. Proyeksi Anggaran Pola Minimal RSUD Simeulue	46
Tabel 12. Proyeksi Anggaran Pola Maksimal RSUD Simeulue	47
Tabel 13. Proyeksi Anggaran Pola Minimal Delapan Puskesmas	48
Tabel 14. Proyeksi Anggaran Pola Maksimal Delapan Puskesmas	49
Tabel 15. Rekapitulasi Proyeksi Pola Minimal Bidang Kesehatan	49
Tabel 16. Rekapitulasi Proyeksi Pola Maksimal Bidang Kesehatan	50
Tabel 17. Tanggapan Responden Tentang Kebutuhan Operasional	51
Tabel 18. Alokasi Dana Kesehatan Kegiatan Fisik dan Rutin	53
Tabel 19. Kecukupan Anggaran pasca bencana	54
Tabel 20. Tanggapan Responden tentang Kecukupan Anggaran	55
Tabel 21. Respon Pemerintah daerah Versus BRR	58

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Model <i>input-output</i> .....	25
Gambar 2. Kerangka Penelitian.....	26
Gambar 3. Sistem Otonomi Khusus sektor Kesehatan.....	68

## INTISARI

**Latar Belakang.** Perubahan Undang-undang nomor 22 tahun 1999 menjadi UU No. 32 tahun 2004, UU No. 25 tahun 1999 kemudian diganti dengan UU No. 33 tahun 2000, dan UU nomor 11 tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh cukup menjanjikan bagi terwujudnya *good governance*, *local accountability*, dan *transparency* dalam pengelolaan anggaran publik. Anggaran Dinas Kesehatan yang bersumber dari APBD kurun waktu lima tahun, adanya penurunan dalam jumlah alokasi anggaran yang disebabkan adanya kejadian gempa bumi dan Tsunami. Proporsi jumlah belanja aparaturnya maupun publik mengalami perubahan yang menyebabkan kegiatan menjadi tidak proporsional sesuai dengan prioritas program yang ada. Pemanfaatan sumber anggaran APBD berkurang untuk prioritas sektor kesehatan karena pemanfaatan dana lebih terfokus pada sumber dana pusat, bantuan BRR dan Donator lainnya. Diperlukan kajian tentang sumber-sumber anggaran operasional sehingga pemanfaatan sarana prasarana dapat berkesinambungan. Maka perlu diketahui gambaran pelaksanaan penganggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

**Metode.** Jenis penelitiannya adalah studi kasus deskriptif. Pendekatan ini digunakan untuk mengkaji dan mendeskripsikan lebih jauh masalah-masalah pelaksanaan penganggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam setelah berakhirnya BRR. Subjek dalam penelitian adalah Ketua Komisi E DPRA NAD, Ketua Komisi D DPRK, Kepala Dinas Kesehatan, Kasubdin Program, Kasubdin Kesga dan Kasubdin Yankes, Direktur RSUD, Satuan Kerja BRR dan Kepala Puskesmas. Fokus penelitian ini adalah analisis sumber-sumber dana untuk operasional program, ketercukupan anggaran serta proyeksi anggaran kedepan pasca bencana. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

**Hasil.** Sebagian besar responden menyatakan bahwa : sumber pendanaan kesehatan mengalami peningkatan dengan orientasi fisik sebesar 60%; advokasi terhadap anggaran masih lemah, proyeksi kebutuhan operasional dari APBD bidang kesehatan lima tahun terakhir sebesar 7%, proyeksi SDM masih terbatas; perencanaan dan penganggaran daerah kategori D ( potensi daerah rendah, dukungan anggaran pusat dan bantuan luar tinggi); serta lemahnya kemandirian daerah dalam peningkatan PAD.

**Kesimpulan dan Saran.** Sumber pendanaan masih sangat tergantung pada anggaran pusat dan BLN, tingkat pemahaman SDM kesehatan masih terbatas, proyeksi kebutuhan operasional kesehatan masih sangat kurang, anggaran lebih berorientasi pada fisik ketimbang program, Ketercukupan anggaran terhadap PAD masih sangat kecil, exit strategi Kabupaten Simeulue pada skenario D; perlu dibentuk lembaga kajian untuk mengontrol dana otonomi khusus bidang kesehatan, perlu dibentuk usaha pemberdayaan masyarakat melalui pola kemitraan antara pemerintah, swasta dan masyarakat, peningkatan kualitas SDM melalui pendidikan dan pelatihan perencanaan penganggaran berbasis wilayah otonomi khusus sektor kesehatan, Pengembangan sistem dan pemuktahiran data, sistem aplikasi perencanaan dan penganggaran tingkat puskesmas

**Kata kunci.** Biaya operasional, Anggaran, Kepastian pembiayaan (*costing*, *budgeting*, *financing*)

## ABSTRACT

**Background.** The substitution of Law No. 22 1999 to Law No. 32 2004, Law no. 25 1999 becoming Law No. 33 2000, and Law No. 11 2006 on Aceh Government has support a potential good governance to take place, also local accountability, and transparency in public budget management. Health Department budget, which originated from District Budget Allocation for five years run, has gone through a significant diminution due to earthquake and tsunami disaster. The proportion between government and public spending has also changed, hence resulting in inappropriate program priority and activity implementation. District Budget Allocation has lessen for health sector priority because budget spending is more focused on central budget, BRR aid, and other donator. There is a need for operational budget sources analysis in order to improve infrastructure utilization on continuous basis. Therefore, it is crucial to explore the management of budget spending in health sector after the disaster in Simeulue District, Nanggroe Aceh Darussalam Province.

**Method.** This is a descriptive case study. The method is used to explore and to describe further problems in the management of health sector budgeting in Simeulue District, Nanggroe Aceh Darussalam Province after the end of BRR. The study subjects are Head of E Commission and Head of D Commission of NAD House of Representatives, Head of Head Department, Head of Program Department, Head of Family Health and Health Service Department, District Hospital Director, BRR Work Force, and Head of Primary Health Centers. This study focused on budget sources analysis for operational programs, budget adequacy and budget planning after the disaster. This study used primary and secondary data.

**Results.** Majority of respondents claimed that: budget sources for health sector has significantly increased for physical objective to 60% more, budget advocating is still weak, operational need objectives from District Budget Allocation for health sector in five year basis have increased to 7% more, human resources objectives are still limited; planning and budgeting for category D area (low potential area, high central budget support and foreign aid); and there is still limited district self-support in increasing PAD.

**Conclusion.** Budget sourcing is still very dependant on central budget and foreign aid, human resources understanding towards health issues are still limited, health operational budget projections are still very deficient. Budget management is still shown to have tendency on physical allocation than program budgeting. Budget adequacy from PAD is still very small, exit strategy of Simeulue District for D scenario; there is a need to establish analysis group to control autonomous budget for health sector, to establish community development program through government, private and community partnership. We also need to improve human resources quality through education and autonomous district-based budget planning training on health sector. Also system and data development, planning application system and primary health center budgeting development program.

**Keywords.** Operational cost, budget, budget assurance (*costing, budgeting, financing*).

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Dengan diberlakukannya Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang memberikan kewenangan cukup besar kepada Kabupaten/Kota termasuk dalam bidang kesehatan, maka peluang Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota cukup besar untuk mengatur sistem kesehatannya termasuk system perencanaan. Desentralisasi menimbulkan perbedaan antara provinsi dan kabupaten dalam hal status sumber pembiayaan. Hal inilah yang mempengaruhi kemampuan pemerintah daerah dan pusat dalam membiayai pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan suatu proses pemilahan prioritas dan penggalan dana dari berbagai sumber (Trisnantoro, 2006).

Pada tanggal 10 juni 2002 Menteri Dalam Negeri mengeluarkan keputusan nomor 29 tahun 2002 tentang pedoman pengurusan, pertanggung jawaban dan pengawasan keuangan daerah serta tata cara penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah, pelaksanaan tata usaha keuangan daerah dan penyusunan perhitungan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Oleh karena itu otonomi daerah diharapkan bisa menjadi jembatan bagi pemerintah daerah untuk mendorong pertumbuhan ekonomi daerah serta meningkatkan kesejahteraan penduduk lokal melalui berbagai multiplier dari desentralisasi yang diharapkan bisa terwujud.

Secara teoritis kehadiran undang-undang nomor 22 tahun 1999 dan yang telah diganti menjadi UU No. 32 tahun 2004 dan UU No. 25 tahun 1999 yang telah diganti dengan UU No. 33 tahun 2004 tersebut cukup menjanjikan bagi terwujudnya *good governance* di berbagai daerah di Indonesia, *local accountability*, *transparency* dalam pengelolaan anggaran publik sehingga dapat meningkatkan kemampuan pemerintah daerah dalam memperhatikan hak masyarakatnya. Meski demikian, perlu disadari bahwa

tujuan ideal desentralisasi dan otonomi daerah tidak dengan serta merta dapat dicapai hanya dengan kehadiran kedua UU tersebut (Khusaini, 2006).

Meskipun saat ini paradigma penyelenggaraan otonomi daerah telah mengalami pergeseran dan tidak lagi berpangkal pada prinsip *automoney*, namun pada kenyataannya kapasitas keuangan daerah masih dititik beratkan pada kemampuan menggali PAD dari sektor pajak dan retribusi daerah. Di dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, pajak dan retribusi yang dipungut justru menimbulkan beban baru, antara lain menimbulkan ekonomi biaya tinggi dan memberatkan bagi masyarakat daerah yang bersangkutan. Kondisi inilah yang kemudian mendorong berkembangnya wacana mengenai perlunya dilakukan reformasi anggaran agar pengalokasian anggaran lebih berorientasi pada kepentingan publik. Sistem anggaran yang selama ini digunakan adalah sistem *line item* dan *incremental* yang ternyata dalam penerapannya cenderung memberikan bobot lebih besar pada anggaran rutin terutama pada biaya aparatur, bukan pada anggaran pembangunan (Mariana, 2005).

Melalui reformasi anggaran, diharapkan terjadi perubahan struktur anggaran dan perubahan proses penyusunan APBD. Perubahan struktur anggaran dilakukan untuk mengubah struktur anggaran tradisional yang bersifat *line item* dan *incrementalisme* sehingga dapat menciptakan transparansi dan meningkatkan akuntabilitas publik. Dengan struktur anggaran yang baru, akan tampak secara jelas besarnya surplus dan defisit anggaran serta strategi pembiayaan apabila terjadi defisit fiskal sehingga publik lebih mudah melakukan analisis, evaluasi, dan pengawasan atas pelaksanaan dan pengelolaan APBD. Reformasi anggaran juga berkaitan dengan perubahan proses penyusunan APBD menjadi lebih partisipatif. APBD dalam era otonomi daerah disusun dengan pendekatan kinerja, artinya sistem anggaran yang mengutamakan pencapaian hasil kinerja atau keluaran (*output*) dari perencanaan alokasi biaya yang telah ditetapkan. Dengan demikian, diharapkan penyusunan dan pengalokasian anggaran

dapat lebih disesuaikan dengan skala prioritas dan preferensi daerah yang bersangkutan.

Di dalam penyusunan anggaran peran analisis biaya sangat besar, sebagai dasar *evidence based* terhadap anggaran yang disusun dan dikenal juga sebagai "perhitungan unit cost", ini merupakan bagian dari teori "akuntansi biaya". Perhitungan perhitungan unit cost menghasilkan informasi biaya dan sistem biaya dengan akurat. Sedang akuntansi biaya merupakan proses pencatatan, penggolongan, peringkasan, penyajian dan penafsiran informasi biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan produk atau jasa dengan cara tertentu (Moven, 2003).

Pemerintah Daerah (Pemda) Kabupaten Simeulue sejak tahun 2003 sebelum kejadian bencana sampai dengan tahun 2005 pasca bencana telah melaksanakan proses penyusunan anggaran berbasis kinerja dalam rangka implementasi Kepmendagri Nomor 29 tahun 2002 yang didasarkan pada kemampuan kinerja yang dikenal dengan Rancangan Anggaran Satuan Kerja (RASK) yang digunakan sebagai acuan pembahasan Tim Anggaran Eksekutif dan Legislatif untuk selanjutnya menjadi Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK) yang ditetapkan melalui Qanun/Perda.

Pada saat ini pemerintah daerah Kabupaten Simeulue telah pula melaksanakan penyusunan anggaran berbasis prestasi kerja berdasar pada Permendagri Nomor 13 tahun 2006 yang dikenal dengan proses penyusunan RKA-SKPD. Namun dalam pelaksanaan permendagri ini belum secara maksimal dapat dilakukan disebabkan antrara lain: pertama peraturannya masih tergolong baru dan yang kedua adalah faktor sumber daya manusia yang masih terbatas.

Pada tanggal 26 Desember 2004 terjadinya bencana gempa bumi dan Tsunami yang menyebabkan hancur total beberapa sarana dan prasarana kesehatan termasuk terputusnya sarana administrasi yang ada. Oleh karena itu di Kabupaten Simeulue ada beberapa sumber pos pembiayaan baik yang dari APBN, APBD provinsi, APBD kabupaten dan Donatur. Bila dilihat dari

total anggaran kesehatan selama lima tahun terakhir (APBD 2001-2005) adalah sebagai berikut.

**Tabel 1. Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue**

Tahun	Total APBD	Kesehatan	
		Jumlah	Persentase
2001	98,457,720,000	5,133,772,000	5
2002	189,320,192,039	12,902,767,100	7
2003	157,184,111,407	13,998,594,496	9
2004	137,630,971,663	8,820,496,000	6
2005	156,269,964,423	11,464,765,400	7

Sumber data: Dinkes Kab.Simeulue

Jumlah anggaran pada Tabel 1 merupakan jumlah anggaran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue yang bersumber dari APBD kabupaten tidak termasuk dengan gaji pegawai. Jika bila dilihat dari perkembangannya selama kurun waktu lima tahun, untuk sumber dana APBD kabupaten pada tahun 2003 adalah Rp.13,998,594,496,- sedangkan tahun 2004 adalah Rp. 8,820,496,000,- terlihat adanya penurunan dalam jumlah alokasi anggaran, ini disebabkan adanya kejadian gempa bumi Tsunami yang menimpa Kabupaten Simeulue. Semenjak gempa bumi terjadi perubahan anggaran baik proporsi dari jumlah belanja aparatur maupun publik mengalami perubahan yang menyebabkan kegiatan menjadi tidak proporsional sesuai dengan prioritas program yang ada.

Disamping itu juga ada sumber-sumber pendanaan luar yang lebih konsentrasi terhadap penanganan masalah kesehatan pasca gempa. Pemanfaatan sumber anggaran APBD kabupaten lebih mengalami penurunan dalam hal prioritas di sektor kesehatan karena lebih terfokus pada pemanfaatan dana dari sumber luar yang membiayai sektor kesehatan di Kabupaten Simeulue seperti halnya dana bantuan BRR dan Donator lainnya.

Beberapa karakteristik atau pengelompokan perbelanjaan yang selama ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dengan mengacu pada Kempmendagri Nomor 29 tahun 2002, maka dapat

dikelompokkan kepada: belanja pegawai personalia, belanja barang dan jasa, belanja perjalanan dinas, belanja pemeliharaan dan belanja modal. Untuk melihat bagaimana potret tentang rincian pengelompokkan perbelanjaan dan penggunaan dana kesehatan yang selama ini di laksanakan, dapat dilihat sebagaimana Tabel dibawah ini:

**Tabel 2. Pengalokasian Dana  
Sesuai dengan Karakteristik Belanja Bidang Kesehatan**

Jenis Belanja	2003		2004		2005	
	Rupiah	%	Rupiah	%	Rupiah	%
Pegawai	2.980.952.527	21,3	897.080.600	10,2	1.781.950.000	15,5
Barang dan Jasa	2.566.048.940	18,3	1.504.245.682	17,1	2.285.852.598	19,9
Perjalanan	340.213.000	2,4	279.214.000	3,2	310.306.000	2,7
Pemeliharaan	984.349.689	7,0	1.385.666.718	15,7	99.520.000	0,9
Modal	7.127.030.340	50,9	4.754.289.000	53,9	6.987.136.802	60,9
Jumlah	13.998.594.496	100,0	8.820.496.000	100,0	11.464.765.400	100,0

Sumber data: Dinas kesehatan Kabupaten Simeulue (modifikasi)

Tabel 2 adalah penjabaran dari alokasi dana kesehatan Kabupaten Simeulue periode 2001 sampai dengan 2005, namun untuk anggaran tahun 2001 dan 2002 tidak dimunculkan, karena secara teknis sulit untuk menyesuaikan karakteristik belanja sesuai dengan penyusunan anggaran yang berbasis RASK dan DASK.

Data tersebut diatas menunjukkan bahwa persentase penggunaan anggaran 50-60 % terserap untuk belanja modal, hal ini disebabkan karena Kabupaten Simeulue merupakan kabupaten pemekaran yang secara fakta memang masih kekurangan sarana dan prasarana.

**Tabel 3. Sumber Dana dan Jenis Kegiatan  
untuk Sektor Kesehatan Pasca Bencana**

JENIS KEGIATAN	VOLUME	PAGU DANA	SUMBER DANA
Pembangunan Pustu	28 Unit	8.834.028.000	BRR
Renovasi Gd.Farmasi Kabupaten	1 Unit	198.112.000	BRR
Renovasi Puskesmas	2 Unit	4.954.991.000	BRR
Rekonstruksi PKM	4 Unit	11.616.587.000	BRR
Pemb.Koridor dan R.Dinas RSU	1 PT	960.000.000	BRR
Prog.Penangg.Kesmas	1 PT	150.000.000	BRR
<b>Sub Total</b>		<b>26.713.718.000</b>	BRR
Pembangunan Pustu	3 Unit	750.000.000	Donator
Pembangunan Pkm Sim.Tim	1 PT	2.582.137.000	Donator
<b>TOTAL</b>		<b>30.045.855.000</b>	

Sumber data : Dinkes dan BRR

Dari Tabel 3 di atas menunjukkan, bahwa alokasi dana untuk sektor kesehatan pasca bencana yang sumber anggarannya berasal dari BRR atau Donator 99 % merupakan sarana fisik dan 1 % merupakan program non fisik. Dari data tersebut diperlukan:

1. Kajian yang mendalam untuk masa depan tentang bagaimana kepastian atau jaminan anggaran operasional dari setiap fasilitas tersebut diatas, sehingga pemanfaatan sarana tersebut dapat berkesinambungan.
2. Perencanaan program yang baik sehingga tidak terjadi tumpang tindih antara kegiatan yang ada pada unit kerja dalam pengalokasian anggaran, dalam penyusunan dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK) di kabupaten sehingga memungkinkan terjadinya inefisiensi pada pelaksanaan penggunaan anggaran setelah pascabencana. Dari proses penyusunan tersebut jelas akan berpengaruh pada porsi anggaran masing –masing subdin untuk mendapatkan porsi anggaran dalam membiayai programnya.

Dalam proses anggaran sektor kesehatan di Kabupaten Simeulue terjadi peningkatan anggaran sektor kesehatan yang lebih besar, hal ini disebabkan ada program bantuan luar Negeri melalui dana pusat yang membantu proses rekonstruksi sektor kesehatan. Ada kecenderungan

pemerintah daerah yang lebih terfokus pada dana vertikalisasi dibandingkan pemamfaatan dana horizontal.

Anggaran kinerja pada dasarnya adalah sistem penyusunan dan pengelolaan anggaran daerah yang berorientasi pada pencapaian hasil atau kinerja. Kinerja tersebut harus mencerminkan efisiensi dan efektivitas pelayanan publik, yang berarti harus berorientasi pada kepentingan publik. Apa saja yang menjadi kepentingan publik hanya dapat diketahui bila telah dilakukan pemetaan permasalahan dan isu di daerah yang bersangkutan.

Anggaran kinerja penentuan skala prioritas tidak ditentukan oleh besaran nilai dari masing-masing pos, tetapi berorientasi pada *output* dan *outcome* yang diinginkan. Artinya, alokasi anggaran yang rasional seyogianya didasarkan pada prinsip *value for money*. Dengan demikian, penentuan alokasi anggaran untuk sektor-sektor yang diprioritaskan dilakukan dengan mempertimbangkan nilai ekonomi, efisiensi, dan efektivitas penggunaan anggaran. Ekonomi berkaitan dengan pemilihan dan penggunaan sumber daya dalam jumlah dan kualitas tertentu pada harga yang paling murah. Efisiensi juga mengandung makna bahwa penggunaan dana masyarakat harus dapat menghasilkan *output* dan *outcome* yang maksimal. Efisiensi berarti bahwa penggunaan anggaran tersebut harus mencapai target-target atau tujuan kepentingan publik. Selanjutnya, setelah skala prioritas disusun, maka perlu ada rentang waktu (*time schedule*) yang disepakati oleh seluruh *stakeholders* sehingga *output* dari penggunaan anggaran tersebut dapat dievaluasi.

APBD juga seharusnya dapat menumbuhkan profesionalisme kerja di setiap unit kerja pemerintah daerah. Dalam anggaran kinerja, unit kerja pemerintah daerah diharuskan untuk mengidentifikasi secara spesifik *output* dan hasil (*outcome*) yang akan dicapai dari program. Pada praktiknya, hal ini mungkin sudah dilakukan oleh setiap unit kerja dewasa ini. Namun, anggaran kinerja yang rasional tidak berhenti sampai tahapan ini. Dalam anggaran kinerja perlu diukur indikator kinerja secara komperhensif dalam

setiap pengajuan usulan anggaran yang meliputi indikator input,output,outcome dan impact.

Anggaran kinerja memungkinkan pengalokasian anggaran bagi program-program yang secara signifikan terkait dengan pencapaian visi dan misi daerah. Penggunaan anggarannya bisa saja dipusatkan pada satu unit kerja sebagai *leading sector*, tetapi dalam pelaksanaan program, aparat dari unit kerja lain yang terkait bisa saja diperbantukan pada *leading sector* tersebut. Dengan demikian, diharapkan anggaran kinerja juga berperan dalam merasionalisasikan birokrasi pemerintah daerah sehingga jumlah aparat dapat disesuaikan dengan beban kerja dari setiap program. Upaya ini dapat membantu mengatasi kemungkinan defisit anggaran sehingga pertimbangan pengalokasian anggaran benar-benar didasarkan pada *value for money*, bukan sekadar bagi-bagi anggaran bagi setiap unit kerja jika memang programnya tidak terlampaui signifikan dengan skala prioritas. Untuk memperkuat regulasi tentang anggaran kinerja pada unit kerja daerah kemudian pemerintah memperbaiki regulasi yang ada dengan dikeluarkannya Permendagri No.13 tahun 2006.

Berdasarkan kondisi dan permasalahan tersebut di atas ada ketertarikan bagi peneliti untuk melakukan riset terhadap analisis anggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue dalam desentralisasi fiskal.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana pelaksanaan penganggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam?.”

### **C. Tujuan Penelitian**

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

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan penganggaran sektor kesehatan pascabencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam?

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

- a. Mengetahui apakah proyeksi anggaran kesehatan Kabupaten Simeulue pascabencana dalam desentralisasi fiskal sudah lebih baik.
- b. Mengetahui kemampuan keuangan daerah Kabupaten Simeulue dalam anggaran sektor kesehatan pascabencana.
- c. Merumuskan exit strategi dan rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi anggaran sektor kesehatan yang bersumber dana APBD setelah kerjasama BRR berakhir.

### **D. Keaslian Penelitian**

Ada beberapa penelitian yang cukup relevan dengan penelitian tentang Analisis Anggaran Sektor Kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yaitu:

1. Analisis Proses Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja di Dinas Kesehatan Provinsi Jambi (Durachman 2005), menekankan pada proses penyusunan RASK dan DASK berdasarkan pada Kepmendagri No. 29 tahun 2002. Persamaannya adalah menggunakan metodologi yang sama yaitu studi kasus. Perbedaannya peneliti lebih terfokus pada analisis anggaran sektor kesehatan dari sumber dana APBD, APBN dan BRR pasca bencana di Kabupaten Simeulue.
2. Penelitian tentang penggunaan indikator kinerja di berbagai organisasi pelayanan kesehatan pemerintah (Ipa, 2000). Perbedaannya dengan penelitian ini adalah pada penelitian Ipa lebih menekankan pada kinerja sedangkan peneliti lebih terfokus pada pelaksanaan anggaran.

3. Respon Pemerintah Daerah Provinsi Jambi terhadap Kebijakan Desentralisasi di sektor Kesehatan (Siddik 2005). Persamaan dengan penelitian ini pendekatan sama-sama menggunakan Deskriptif-Kualitatif dengan rancangan studi kasus dan sama-sama membahas desentralisasi anggaran disektor kesehatan.

Perbedaannya di penelitian Joni Warta Sidik lebih pada respon penyusunan rencana program RASK dan DASK keputusan tak terprogram dilihat dari sisi bayangan (*Shadow Side*) pengendalian manajemen program sedangkan pada penelitian ini lebih terfokus pada analisis pelaksanaan anggaran kesehatan (baik APBD maupun BRR) pasca bencana.

#### **E. Manfaat Penelitian**

1. Bagi pemerintah daerah penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran kepada pihak-pihak yang berhubungan langsung dengan proses penganggaran kesehatan pascabencana setelah BRR berakhir kontrak kerjasamanya.
2. Bagi Dinas Kesehatan sebagai masukan untuk melakukan kajian penyelenggaraan peningkatan akuntabilitas kinerja setelah pasca bencana.
3. Bagi dunia ke-ilmu-an hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai bahan ilmiah bagi peneliti lain dan menambah perbendaharaan ilmu tentang penganggaran sektor kesehatan pasca bencana.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Telaah Pustaka**

#### **1. Penganggaran (*Budgeting*)**

Telah banyak para ahli yang memberikan pengertian tentang anggaran, menurut Munandar (2002), anggaran ialah suatu rencana yang disusun secara sistematis, yang meliputi seluruh kegiatan perusahaan, yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter dan berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang. Cristina (2001), menyatakan, bahwa anggaran merupakan suatu rencana yang disusun secara sistematis dalam bentuk angka dan dinyatakan dalam unit moneter yang meliputi seluruh kegiatan perusahaan untuk jangka waktu (periode) tertentu di masa yang akan datang.

Menurut Kumorotomo dan Purwanto (2005), anggaran suatu rencana yang disusun secara sistematis, yang meliputi seluruh kegiatan lembaga, yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter dan berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang. Anggaran (*budget*) juga dimaksudkan sebagai pernyataan mengenai estimasi kinerja yang hendak dicapai selama periode waktu tertentu yang dinyatakan dalam ukuran finansial. Anggaran adalah suatu pendekatan yang formal dan sistematis dari pelaksanaan tanggung jawab manajemen di dalam perencanaan, koordinasi dan pengawasan (Asri dan Adisaputro, 1996).

Anggaran ialah suatu rencana (*plan*), uraian tentang kegiatan yang akan dilaksanakan dinyatakan dalam bentuk uang (Azwar, 1996). Menurut Munandar (2000), anggaran mempunyai tiga kegunaan pokok, yaitu:

- a. Sebagai pedoman kerja dan memberikan arah serta sekaligus memberikan target-target yang harus dicapai oleh kegiatan-kegiatan perusahaan di waktu yang akan datang.

- b. Sebagai alat pengkoordinasian kerja agar semua bagian-bagian yang terdapat di dalam perusahaan dapat saling menunjang, saling berkerja sama dengan baik, untuk menuju ke sasaran yang telah ditetapkan.
- c. Sebagai alat pengawasan kerja yaitu sebagai alat pembanding untuk menilai realisasi kegiatan perusahaan.

Menurut (Koontz, 1995), sistem adalah sekumpulan atau rangkaian yang saling berhubungan, atau saling bergantung, sehingga membentuk suatu kesatuan yang kompleks; suatu keseluruhan yang terdiri dari bagian-bagian yang telah disusun dengan teratur menurut skema atau rencana tertentu. Suatu perusahaan yang terorganisir saling tergantung pada lingkungan luarnya, ia adalah bagian dari sistem yang lebih besar seperti sistem ekonomi, industri yang melingkupinya dan masyarakat. Jadi perusahaan menerima *input*, mentransformasikannya kemudian “mengekspor“ *outputnya* kepada lingkungannya. Untuk menghasilkan suatu keluaran berupa dokumen anggaran yang berkaitan dengan semua kegiatan diperlukan tiga komponen yaitu masukan, proses, dan luaran. Masukan adalah berbagai sumber daya yang tersedia yang digunakan dalam kegiatan produksi, proses adalah teknik produksi yang mengubah masukan menjadi luaran yang diinginkan, sedangkan luaran adalah hasil akhir dari produksi (Mills & Gilson 1990).

Sistem dianggap sebagai tertutup atau terbuka, sistem dianggap terbuka kalau saling bertukar informasi, energi, atau bahan dengan lingkungannya, sedangkan dianggap tertutup kalau tidak berinteraksi terhadap lingkungannya. Agar sistem terbuka dapat terus berlangsung, sekurang-kurangnya harus mencapai keadaan di mana ia menerima lebih banyak *input* dari lingkungannya untuk mengimbangi *outputnya* serta energi dan bahan yang dipakai dalam penggunaan sistem itu (Koontz, 1995)

Christina (2000), menyatakan, bahwa tujuan penyusunan anggaran adalah (1) untuk menyatakan harapan/sasaran perusahaan secara jelas dan

formal, sehingga bisa menghindari kerancuan dan memberikan arah terhadap apa yang hendak dicapai manajemen, (2) untuk mengkomunikasikan harapan manajemen kepada pihak-pihak terkait sehingga anggaran dimengerti didukung dan dilaksanakan, (3) untuk menyediakan rencana terinci mengenai aktivitas dengan maksud mengurangi ketidakpastian dan memberikan pengarah yang jelas bagi individu dan kelompok dalam upaya mencapai tujuan perusahaan, (4) untuk mengkoordinasikan cara/metode yang akan ditempuh dalam rangka memaksimalkan sumber daya, (5) untuk menyediakan alat pengukur dan mengendalikan kinerja individu dan kelompok, serta informasi yang mendasari perlu tidaknya tindakan koreksi. Langkah-langkah yang harus diikuti dalam penganggaran adalah; (1) Penetapan tujuan, (2) Pengevaluasian sumber-sumber daya yang tersedia, (3) negoisasi antara pihak-pihak yang terdapat mengenai angka anggaran, (4) persetujuan akhir, (5) pendistribusian anggaran yang disetujui (Shim dan Sioegel, 2000).

## **2. Berbagai Pendekatan/Model Penganggaran**

### *a. Anggaran Tradisional.*

Anggaran tradisional merupakan pendekatan yang banyak digunakan di negara berkembang dewasa ini. Terdapat dua ciri utama dalam pendekatan ini, yaitu: (a) cara penyusunan anggaran yang didasarkan atas pendekatan *incrementalism* dan (b) struktur dan susunan angan yang bersifat *line-item*. Ciri lain yang melekat pada pendekatan anggaran tradisional tersebut adalah: (c) cenderung sentralistik;(d) bersifat spesifikasi; (e) tahunan; dan (i) menggunakan prinsip anggaran bruto. Struktur anggaran tradisional dengan ciri-ciri tersebut tidak mampu mengungkapkan besarnya dana yang dikeluarkan untuk setiap kegiatan, dan bahkan anggaran tradisional tersebut gagal dalam memberikan informasi tentang besarnya rencana kegiatan. Oleh karena tidak tersedianya berbagai informasi tersebut, maka satu-satunya tolok ukur yang dapat digunakan

untuk tujuan pengawasan hanyalah tingkat kepatuhan pengguna anggaran (Mardiasmo, 2004)

*b. Zero Based Budgeting (ZBB)*

Konsep *Zero Based Budgeting* dimaksudkan untuk mengatasi kelemahan yang ada pada sistem anggaran tradisional. Penyusunan anggaran dengan menggunakan konsep *Zero Based Budgeting* dapat menghilangkan *incrementalism* dan *line-item* karena anggaran di asumsikan mulai dari nol (*zero-base*).

Penyusunan anggaran yang bersifat *incremental* mendasarkan besarnya realisasi anggaran tahun ini untuk menetapkan anggaran tahun depan, yaitu dengan menyesuaikannya dengan tingkat inflasi atau jumlah penduduk. ZBB tidak berpatokan pada anggaran tahun lalu untuk menyusun anggaran tahun ini, namun penentuan anggaran didasarkan pada kebutuhan saat ini. Dengan ZBB seolah-olah proses anggaran dimulai dari hal yang baru sama sekali. Item anggaran yang sudah tidak relevan dan tidak mendukung pencapaian tujuan organisasi dapat hilang dari struktur anggaran, atau mungkin juga muncul item baru (Mardiasmo, 2004)

*c. Performance Based Budgeting (PBB)*

*Performance Based Budgeting* adalah anggaran berbasis kinerja yang disusun berdasar kinerja masing-masing kegiatan. Anggaran berbasis kinerja memiliki karakteristik sebagai berikut : (1) Berorientasi pada aktivitas, bukan pada unit kerja, sehingga menuntut koordinasi yang baik antar unit kerja; (2) Memfokuskan kepada hasil (*outcome*), bukan kepada pengeluaran, (3) Memberikan fokus perhatian pada kerja atau aktivitas (*work*), bukan pada pekerja (*worker*) serta item barang atau jasa yang dibeli; (4) Memiliki alat ukur (indikator) kinerja sehingga memudahkan dalam proses evaluasi; (5) Sesuai jika diterapkan untuk memenuhi tuntutan efisiensi, efektifitas dan akuntabilitas.

Dengan karakteristik di atas, anggaran berbasis kinerja dapat digunakan untuk berbagai kebutuhan manajemen sebagai berikut (PMPK, 2003), (1) Mengidentifikasi *output* dan *outcome* yang dihasilkan oleh program (aktivitas) dan pelayanan yang dilakukan; (2) Mengetahui dengan jelas target tingkat capaian *output* dan *outcome*; (3) Keterkaitan antara biaya atau input yang dikorbankan dan hasil yang diinginkan, serta proses perencanaan strategis; (4) Mengetahui urutan prioritas untuk setiap jenis pengeluaran yang dilakukan oleh unit kerja (dinas atau sub dinas atau unit kerja yang lebih rendah); (5) Dasar untuk meminta pertanggungjawaban setiap unit kerja atas hasil yang dicapai.

Kelemahan anggaran berbasis kinerja dibandingkan dengan *line item budgeting*: (1) Jika diterapkan secara agregat pada tingkat regional atau nasional, estimasi target indikator kinerja tidak lebih baik daripada *line item budget*; (2) Indikator kinerja, terutama indikator *outcome*, manfaat dan dampak, dari aktivitas atau pelayanan instansi pemerintah tidak selalu mudah diidentifikasi; (3) Anggaran berbasis kinerja sesuai untuk aktivitas berjangka pendek tetapi kurang sesuai untuk aktivitas berjangka panjang. Anggaran berbasis kinerja terpaksa harus muncul beberapa kali untuk dapat menunjukkan *outcome*, manfaat, dan dampak seperti yang diharapkan.

Sebagai bagian dari proses perencanaan, anggaran berbasis kinerja tidak bisa dipisahkan dari hasil perencanaan lainnya, baik perencanaan yang mendahului penyusunan anggaran, seperti perencanaan strategis (*strategic planing*) dan pemograman (*programming*), maupun perencanaan yang dilakukan sebagai tindak lanjut pelaksanaan anggaran, seperti penyusunan tim pelaksana (*staffing*) dan penyusunan jadwal pelaksanaan kegiatan (*scheduling*). Anggaran harus mencerminkan butir-butir perencanaan strategis seperti visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan umum organisasi, maupun butir-butir perencanaan pasca-penganggaran, seperti pedoman penyusunan tim pelaksanadan jadwal kegiatan. Dengan karakteristik tersebut, anggaran tidak saja memiliki fungsi perencanaan,

tetapi juga fungsi koordinasi vertikal dan horizontal untuk merealisasi berbagai rencana organisasi.

### **3. Otonomi Daerah dan Desentralisasi**

Rondinelli dalam Cheema dan Rondinelli (1983), mendefinisikan desentralisasi sebagai perpindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintah serta manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah. Pendapat lain yang mengaitkan desentralisasi dengan kekuasaan dikemukakan oleh Smith (1985), yakni desentralisasi sebagai pola hubungan kekuasaan di berbagai tingkat pemerintahan. Menurut Dwiyanto (2003), desentralisasi dalam realisasinya diwujudkan ke dalam bentuk otonomi daerah sering dimaknai sebagai kepemilikan kekuasaan untuk menentukan nasib sendiri dan mengelolanya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. Pemaknaan untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri inilah yang sesungguhnya merupakan prinsip yang esensial dalam memahami otonomi daerah. Dengan kata lain, salah satu makna yang selalu melekat dalam otonomi daerah adalah pembagian kekuasaan antar berbagai level pemerintahan.

Pengertian desentralisasi menurut Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 adalah penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Sedangkan otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan perundang-undangan.

Desentralisasi dapat memotong jalur birokrasi yang rumit serta prosedur yang sangat bersifat struktur dari pemerintah pusat. Tingkat pemahaman serta sensitifitas terhadap kebutuhan daerah akan meningkat, hubungan antar pejabat dan masyarakat semakin dekat sehingga mengakibatkan perumusan kebijakan yang lebih realistis (Syaukani, 2002).

Warga di daerah pada umumnya mengerti prinsip-prinsip yang terkait dengan otonomi daerah, tetapi mereka memiliki interpretasi yang berbeda-beda. Perbedaan pengertian otonomi ini ditemukan, baik di jajaran pemerintah yang setingkat maupun berbeda tingkat. Variasi dalam memahami otonomi daerah diduga juga ada kaitannya dengan pemaknaan terhadap asal-usul otonomi daerah. Otonomi daerah adalah hak yang dimiliki daerah karena ia secara otomatis melekat sejak berdirinya daerah tersebut. Pemaknaan ini dapat berakibat daerah bertindak semaunya tanpa kontrol sama sekali dari pusat. Pemaknaan seperti ini berlawanan dengan paham yang menyatakan bahwa daerah tidak memiliki hak otonom karena hak tersebut sesungguhnya baru muncul setelah pusat mendesentralisasikan. Paham terakhir inilah yang sering dikaitkan dengan konsep keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Dwiyanto, 2003).

Berdasarkan teori dari Kaho mengidentifikasi faktor-faktor tersebut yang mempengaruhi penyelenggaraan otonomi daerah di mana faktor tersebut sekaligus sebagai faktor yang sangat menentukan prospek otonomi daerah adalah manusia sebagai subyek penggerak dalam penyelenggaraan otonomi daerah. Faktor pertama adalah manusia haruslah baik, dalam pengertian moral maupun kapasitasnya. Faktor ini mencakup unsur pemerintah daerah yang terdiri dari kepala daerah dan DPRD, aparatur daerah maupun masyarakat daerah dilaksanakan. Kemampuan aparatur pemerintah daerah merupakan suatu faktor yang menentukan apakah suatu daerah mampu menyelenggarakan urusan rumah tangganya dengan baik ataupun tidak.

Faktor kedua adalah faktor keuangan yang merupakan tulang punggung bagi terselenggaranya aktivitas pemerintah daerah. Salah satu ciri dari daerah otonom adalah terletak pada kemampuan *self supportingnya* dalam bidang keuangan. Karena itu, kemampuan keuangan ini akan sangat memberikan pengaruh terhadap penyelenggaraan pemerintahan daerah. Faktor ketiga adalah faktor peralatan yang merupakan sarana pendukung

bagi terselenggaranya aktivitas pemerintah daerah. Peralatan yang ada haruslah cukup dari segi jumlah dan kualitasnya. Faktor keempat adalah faktor organisasi dan manajemen. Tanpa kemampuan manajemen yang memadai penyelenggaraan pemerintah daerah tidak dapat dilakukan dengan baik, efisien dan efektif (Kaho, 2003).

Secara formal bidang kesehatan sudah menerapkan desentralisasi sejak tahun 1987, meskipun pelaksanaannya belum memuaskan dan masih banyak mengalami kendala akibat tarik menarik di antara tingkatan administrasi pemerintah. Setelah UU No 22 Tahun 1999 diberlakukan kewenangan daerah menjadi sangat besar. Pelaksanaan desentralisasi harus ditekankan pada keadilan, persamaan, pendekatan fisik maupun akuntabilitas dan tanggap terhadap kebutuhan daerah (Sunartono, 2000).

Menurut Mills (1991), desentralisasi dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional, fisik dan administratif dalam pembangunan. Sebagai contoh, meningkatnya kontrol daerah dapat meningkatkan pengelolaan sumberdaya dan logistik serta meningkatkan motivasi pejabat-pejabat lokal. Desentralisasi di sektor kesehatan menimbulkan perubahan dalam sistem kesehatan nasional. Bentuk desentralisasi di sektor kesehatan tersebut meliputi: (1) struktur otoritas kesehatan, (2) jaringan dan fungsi-fungsi penting, (3) tanggung jawab dan wewenang yang didelegasikan dan (4) Akuntabilitas (Mardiasmo, 2002).

#### **4. Keterkaitan Analisis Biaya dan Anggaran Kesehatan**

Anggaran (*budget*) adalah dokumen hasil perencanaan (*planing*) yang menggambarkan rangkaian rencana kegiatan yang akan dilakukan oleh suatu organisasi atau unit-unitnya di masa yang akan datang serta nilai seluruh jenis sumberdaya (*resources*) yang dibutuhkan yang dinyatakan dalam nilai uang (Baker, 1998). Sebagai suatu produk proses perencanaan, anggaran merupakan hasil akhir konsesnsus (kesepakatan) antara berbagai

pihak yang terkait dalam organisasi, tentang alokasi penggunaan sumberdaya yang dimiliki oleh organisasi, sekaligus merupakan pernyataan tentang batas-batas yang dipandang paling optimum oleh elemen-elemen perencana di dalam organisasi tentang apa yang diinginkan, baik menyangkut masukan (input), proses maupun keluaran (output) suatu aktivitas. Dengan karakteristik tersebut, lebih-lebih dalam sektor publik seperti pemerintah daerah, anggaran dapat dipandang sebagai suatu *constraining line* (garis pembatas) yang memberikan batasan maksimal dan minimum untuk berbagai pos pengeluaran dan pemasukan.

Analisis biaya kesehatan merupakan acuan yang sangat penting dalam proses penyusunan anggaran. Anggaran Dinas Kesehatan harus selalu mengacu pada analisis biaya yang dilakukan. Anggaran yang dibuat tanpa mengacu pada analisis biaya akan mengalami bias, dengan akibat ada kemungkinan biaya yang dianggarkan berbeda dengan realisasinya, program atau aktivitas yang direncanakan tidak sesuai dengan realisasinya, dan hasil yang diharapkan tidak terwujud seperti direncanakan.

Dalam praktik dikenal dua alternatif pendekatan penyusunan anggaran yang dibedakan berdasarkan ruang lingkup dan intensitas penyusunan; (1) Penyusunan anggaran dengan ruang lingkup menyeluruh; (2) Penyusunan anggaran dengan ruang lingkup terbatas. Penyusunan anggaran sub unit kerja menggunakan pola penyusunan berdasarkan alternatif kedua. Anggaran dapat memberikan kontribusi yang positif dalam proses pengembangan unit kerja yang bersangkutan (yaitu Dinas Kesehatan) apabila anggaran yang disusun selaras dengan tujuan makro Dinas Kesehatan dan berpedoman pada pola kecenderungan yang terjadi. Anggaran sub unit kerja, atau lebih khusus lagi anggaran program atau aktivitas, merupakan contoh anggaran yang tepat diterapkan dewasa ini, karena penyusunan anggaran mengacu pada aktivitas-aktivitas yang terinci. Seperti ditegaskan di muka, anggaran sub unit kerja sedapat mungkin dibuat berdasarkan hasil analisis biaya agar mendekati realisasi.

Keterbatasan dana pemerintah untuk sektor kesehatan, maka setiap unit kerja di sektor kesehatan harus mandiri dalam mengelola keuangan agar bisa bertahan dan menjalankan fungsinya mengatasi problem kesehatan masyarakat. Karena itu membangun sistem angkuntasi biaya dengan menerapkan perhitungan *unit cost* menjadi sangat penting dilakukan. Perhitungan *unit cost* juga bermanfaat untuk mendapatkan kepercayaan (*trust*) dari pihak penyandang dana, baik dana dari luar negeri maupun dana Provinsi. Pihak pemberi dana menuntut profesionalisme lembaga, yang ditunjukkan oleh kinerja program dan kinerja biaya yang terkait dengan anggaran yang ditetapkan. Analisis biaya dan penghitungan *unit cost* merupakan alat advokasi penting kepada pemerintah daerah, DPRD, pemerintah pusat, badan-badan internasional, penyandang dana luar negeri, dan *stakeholder* lainnya.

## **5. Sumber-sumber Pembiayaan dan Dana Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Daerah.**

### *a. Sumber-sumber Pembiayaan Kesehatan.*

Desentralisasi memberi warna tersendiri terhadap model pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sebelum desentralisasi, alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika sifat *big-bang* kebijakan desentralisasi mengenai sektor kesehatan, tiba-tiba terjadi alokasi anggaran pembangunan yang disebut dana alokasi umum (DAU) (Siddik, 2002). Besarnya DAU setiap daerah ditentukan berdasarkan suatu formula yang memperhitungkan potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal daerah. Formula ini berlaku tidak hanya untuk alokasi anggaran provinsi saja tetapi juga sekitar 400 Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia. Mengejutkan bahwa anggaran kesehatan secara eksplisit tidak dimasukkan di dalam formula DAU. Akibatnya, Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten, maupun Kota harus berjuang mendapatkan anggaran untuk sektor kesehatan. Pemerintah daerah di sektor kesehatan harus merencanakan dan menganggarkan

program kesehatan, dan bersaing untuk mendapatkan dana dengan sektor lain.

Di luar DAU terdapat beberapa sumber anggaran pemerintah pusat untuk kesehatan, misalnya dana kompensasi BBM, dana alokasi khusus (DAK), anggaran belanja tambahan (ABT). *Big-bang* desentralisasi telah mengubah dari sistem alokasi pusat ke sistem alokasi langsung Kabupaten/Kota. Sementara itu alokasi anggaran di pusat yang menggunakan formula berbasis data belum mantap. Kultur negosiasi dalam alokasi anggaran masih kental. Persoalan menjadi lebih rumit dengan semakin kuatnya pengaruh anggota Dewan Perwakilan Rakyat dalam menentukan kegiatan kesehatan pasca kebijakan desentralisasi. Akibatnya berbagai ketidak-adilan, keanehan, dan ketidak puasan muncul dalam alokasi anggaran. Salah satu ketidakadilan adalah ketika daerah-daerah yang miskin mendapat alokasi anggaran yang bobotnya sama dengan daerah kaya. Sebagai gambaran praktis, dalam alokasi dana kompensasi BBM, prinsip keadilan sosial perlu ditegakkan dengan menggunakan formula dimana kekuatan fiskal pemerintah daerah menjadi sangat penting. Kabupaten kaya seperti Bengkalis atau Kutai Kartanegara diharapkan mampu membiayai masyarakat miskin di daerahnya. Bagi kabupaten miskin, peran pemerintah pusat diperlukan untuk menutup kekurangan.

Pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi tiga kelompok besar: (1) Pemerintah, (2) Bantuan/pinjaman Luar Negeri (donor), dan (3) Rumah tangga/swasta. Pada era desentralisasi disoroti salah satu fungsi pemerintah sebagai sumber pembiayaan, termasuk di antaranya sumber Luar Negeri yang disalurkan melalui pemerintah. Sumber pembiayaan pemerintah dibagi menjadi: (1) Pemerintah pusat dan dana dekonsentrasi; (2) Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi (PAD ditambah dana desentralisasi DAU provinsi dan DAK provinsi); (3) Pemerintah kabupaten kota melalui skema dana pemerintah Kabupaten/Kota (PAD ditambah dana

desentralisasi DAU Kabupaten/Kota dan DAK Kabupaten/Kota) (Pemerintah RI, 1999).

*b. Dana Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Daerah*

1) Pendapatan Asli Daerah

Pendapatan asli daerah (PAD), adalah dana yang berasal dari suatu daerah (Kabupaten/Kota) yang berasal dari pungutan yang telah ditetapkan berdasarkan Undang-Undang Keuangan Daerah, disahkan sebagai penghasilan asli daerah tersebut, dan digunakan/dialokasikan untuk kepentingan dan kebutuhan daerah, tanpa ada campur tangan instansi pemerintah yang lebih tinggi (provinsi ataupun pusat) (Harbianto dan Trisnantoro, 2004)

Pendapatan asli daerah dalam UU No.33/2004 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah, merupakan pendapatan yang diperoleh dan digali dari potensi pendapatan di daerah, meliputi: (1) Pendapatan pajak daerah; (2) Pendapatan retribusi daerah; (3) Pendapatan bagian laba BUMD dan investasi lainnya; (4) Lain-lain pendapat asli daerah yang sah. Kecilnya wewenang daerah untuk melakukan pungutan di daerah menyebabkan proporsi PAD dari sumber penerimaan daerah relatif kecil. Hanya beberapa Kabupaten/Kota yang mampu mengoptimalkan sumber-sumber PAD mereka. Implikasinya, kontribusi PAD untuk sektor kesehatan relatif sangat kecil. Beberapa studi kasus menunjukkan, PAD hanya memberikan kontribusi sebesar 5-15 % dari total anggaran kesehatan daerah Kabupaten/Kota.

2) Dana Alokasi Umum

Konsekuensi otonomi daerah adalah perubahan sistem administratif, dimana daerah dituntut lebih otonom dalam menjalankan pemerintahan dan keuangan daerahnya. Kemampuan satu daerah dengan daerah lainnya tidak sama. Untuk menunjang pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah pusat memberikan kebijakan transfer kepada daerah dalam bentuk dana alokasi umum (DAU) (Siddik, 2002). Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari dana daerah (provinsi dan Kabupaten/Kota) mengalami peningkatan

cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utama adalah meningkatnya jumlah DAU yang diterima oleh pemerintah daerah.

### 3) Dana Alokasi Khusus Non-reboisasi Bidang Kesehatan

Dana desentralisasi lainnya untuk bidang kesehatan adalah dana alokasi khusus (DAK) non-reboisasi. Dana ini dipakai untuk membiayai upaya peningkatan akses dan kualitas kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota, misalnya rehabilitasi gedung puskesmas, pengadaan puskesmas keliling, dan kendaraan. Prinsipnya, pengalokasian dan alokasi khusus diprioritaskan untuk daerah yang memiliki kemampuan fisik rendah atau di bawah rata-rata lain Provinsi Papua, Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD), Kawasan Timur Indonesia (=KTI, Katimin), wilayah perbatasan, daerah pesisir dan kepulauan, daerah pascakonflik, daerah hilir aliran sungai rawan banjir, dan daerah terpencil. (Bhisma Murti. Laksono Trisnantoro,dkk, 2006).

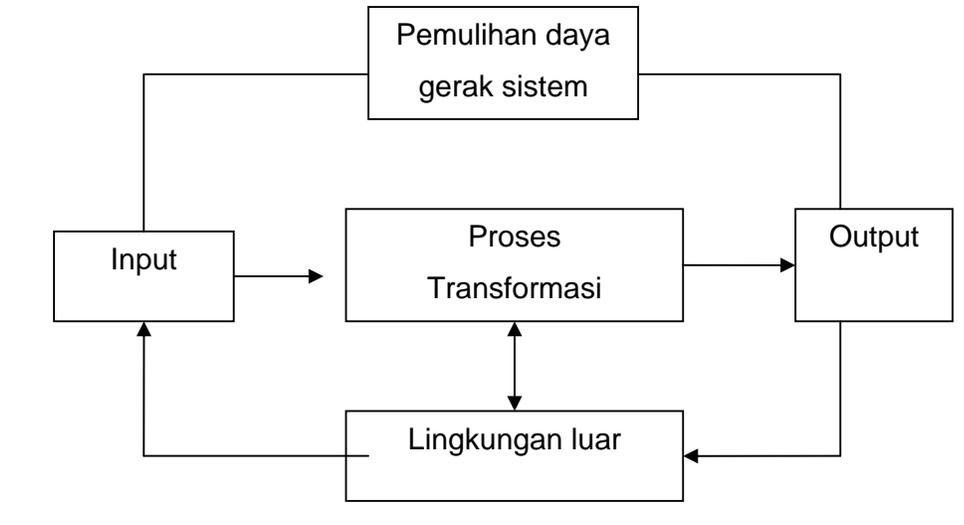
## 6. Advokasi

Dalam penganggaran ada istilah yang dikenal dengan advokasi. Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan (Notoatmodjo, 2003). Menurut Abdul Hakim G N, (2005). Advokasi adalah membangun organisasi-organisasi demokratis yang kuat untuk membuat para penguasa bertanggung jawab dan menyangkut peningkatan keterampilan serta pengertian rakyat tentang bagaimana kekuasaan itu bekerja.

Dari penjelasan diatas menunjukkan bahwa advokasi di dalam penganggaran sangat memiliki peranan yang sangat penting untuk menjembatani antara input dengan output yang diharapkan atau dengan kata lain harapan yang diinginkan dengan hasil yang dicapai terpenuhi. Adapun sasaran dari advokasi ini adalah para pemimpin organisasi atau institusi kerja, baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi lainnya.

Untuk melakukan advokasi bukan sekedar melakukan lobi-lobi politik, tetapi mencakup kegiatan persuasif, memberikan semangat dan bahkan sampai memberikan tekanan kepada para pemimpin institusi. Oleh karena itu prinsip-prinsip *advocacy* ini akan membahas tentang tujuan, kegiatan dan argumentasi-argumentasi. Adapun tujuan utama yang diharapkan dari advokasi adalah untuk memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan dari para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat.

## **B. Landasan Teori**



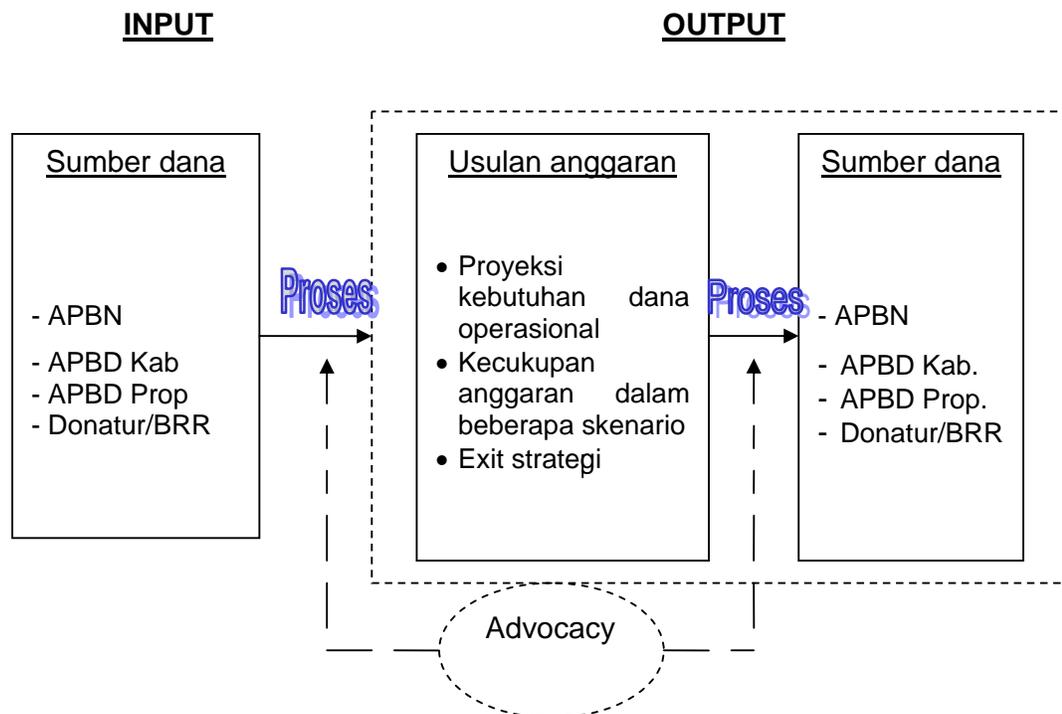
**Gambar 1. Model *Input-Output***  
**(Sumber: Koontz O'Donnell, Weihrichh, 1995)**

Penjelasan lebih lanjut dari komponen tersebut adalah; (1) masukan (*input*), meliputi manusia, modal, ketrampilan manajerial dan pengetahuan serta ketrampilan teknik, (2) Proses transformasi manajerial, manajerialah yang bertugas mentransformasikan *input-output* dengan cara yang efektif dan efisiensi untuk menghasilkan *output* (3) Lingkungan luar, para manajer harus terus mengamati lingkungan luar, meskipun hanya sedikit atau sama sekali tidak mempunyai pengaruh untuk mengubah kekuatan tersebut. (4) *Output* adalah tugas manajer untuk menjamin penyediaan dan menggunakan input, mentransformasikannya melalui fungsi-fungsi manajerial dengan memperhatikan lingkungan luar untuk menghasilkan *output*. (Durachman, 2005)

### C. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan di atas maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:

#### Lingkungan Internal



**Gambar 2. Kerangka Penelitian**

### D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan penganggaran kesehatan di Kabupaten Simeulue pasca bencana dan berakhirnya BRR?
2. Berapa besar anggaran operasional untuk kesehatan dari APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten dan Donator/BRR pasca bencana?
3. Exit strategi apa yang dilakukan Pemerintah daerah Kabupaten Simeulue pasca BRR berakhir dalam berbagai skenario?

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus. Pendekatan ini digunakan karena tujuan penelitian ini pada prinsipnya adalah untuk menjawab pertanyaan bagaimana pelaksanaan penganggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam setelah berakhirnya BRR. Pendekatan ini juga digunakan untuk menganalisis, mengidentifikasi dan mengeksplorasi lebih jauh tentang sumber-sumber dana untuk operasional program kesehatan di Kabupaten Simeulue. Pendekatan studi kasus juga dimaksudkan untuk mendapatkan data yang komprehensif, sistematis dan informasi anggaran kesehatan pasca bencana.

### **B. Unit Analisis dan Subjek Penelitian**

#### **1. Unit Analisis**

Yang menjadi unit analisis adalah: DPRA NAD, DPRK Simeulue, Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, Bappeda Kabupaten Simeulue, BRR Kabupaten Simeulue, RSUD Simeulue dan Puskesmas.

#### **2. Subjek Penelitian**

Adapun Subjek Penelitian ini adalah: Ketua Komisi E DRPA NAD, Ketua Komisi D DPRK Simeulue, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, Kasubdin Program, Kasubdin Kesga dan Kasubdin Yankes Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, Ka.RSU, Satker BRR Kabupaten Simeulue bidang kesehatan dan kepala puskesmas.

### **C. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Simeulue dengan pertimbangan; Pemda Simeulue merupakan salah satu kabupaten pemekaran baru yang ada di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam yang dalam kurun waktu 2 tahun terakhir sangat kosen terhadap penanganan kesehatan pascabencana dan tsunami serta penelitian ini belum pernah dilakukan di Kabupaten Simeulue sehingga cukup tepat untuk dilakukan penelitian.

### **D. Variabel Penelitian**

Variabel penelitian (input) yaitu: sumber dana APBN, APBD Provinsi, APBD kabupaten, Donatur/BRR, sedangkan variabel (output) yaitu: Usulan anggaran yang meliputi proyeksi kebutuhan dana operasional, Kecukupan anggaran dalam beberapa skenario, Exit strategi dan sumber dana.

### **E. Definisi Operasional**

1. APBD kabupaten adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah Kabupaten Simeulue untuk kesehatan yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah pada masa prabencana dan pascabencana.
2. APBD provinsi adalah jumlah anggaran operasinal yang bersumber dari Pemda NAD untuk sektor kesehatan di Kabupaten Simeulue pascabencana.
3. APBN adalah jumlah anggaran operasional yang bersumber dari pusat yang dialokasikan untuk kesehatan di Kabupaten Simeulue.
4. Donator adalah lembaga/badan/organisasi baik skala nasional maupun internasional yang memberikan bantuan secara hibah pascabencana yang pertanggung jawabannya diketahui oleh Pemda Kabupaten Simeulue.

5. BRR adalah Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi yang dibentuk oleh pemerintah untuk penanganan pasca gempa bumi dan Tsunami di Aceh.
6. Anggaran publik/Modal adalah rencana kegiatan dalam bentuk perolehan pendapatan dan belanja dalam satuan moneter yang digunakan untuk kepentingan rakyat.
7. Anggaran operasional adalah rencana kegiatan anggaran untuk administrasi umum, operasi dan pemeliharaan, serta anggaran yang dialokasikan dan digunakan membiayai kegiatan yang hasil, manfaat dan dampaknya tidak secara langsung dinikmati oleh masyarakat.
8. Penganggaran adalah suatu proses menyusun rencana keuangan yaitu pendapatan dan pembiayaan, kemudian mengalokasikan dana tersebut ke masing-masing kegiatan sesuai dengan fungsi dan sasaran yang hendak dicapai. Peneliti hanya melihat realisasi anggaran.
9. Realisasi anggaran adalah jumlah dana untuk kesehatan yang bersumber dari APBN, APBD provinsi, APBD kabupaten dan Donator/BRR pasca bencana.
10. Proyeksi kebutuhan anggaran dana operasional adalah perkiraan jumlah dana yang dibutuhkan untuk pembiayaan biaya rutinitas yang terdiri dari belanja barang dana jasa, belanja perjalanan dan belanja pemeliharaan.
11. Kecukupan anggaran dalam beberapa skenario adalah anggaran yang diberikan dalam batas kewajaran, bersifat fleksibel, adil, adekuat, optimal dan efisien sehingga dapat dimungkinkan bisa dilakukan analisis sensitivitas untuk dibuat dalam berbagai skenario untuk alat *advocacy* dalam bentuk simulasi kebijakan kepada stakeholder.
12. Exit strategi adalah tingkat kesiapan Pemda Kabupaten Simeulue dalam rangkaantisipasi kekurangan anggaran setelah BRR berakhir.
13. *Advocacy* adalah upaya pendekatan (*approaches*) kepada para pengambil keputusan baik secara horizontal maupun vertikal untuk suatu tujuan tertentu.

## **F. Metode Pengumpulan Data**

Data yang diperlukan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan dari wawancara mendalam, Wawancara mendalam dilakukan pada responden untuk menggali informasi serta untuk meningkatkan keabsahan data (*triangulasi*). Metode wawancara mendalam ini dipilih karena lebih sistematis dan komprehensif dibanding wawancara informal. Wawancara mendalam dapat dipergunakan untuk menggali informasi yang lebih banyak.

Di samping wawancara mendalam, jika diperlukan juga akan dilakukan FGD. *Fokus Group Discussion* (FGD) adalah salah satu tehnik dalam mengumpulkan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seseorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik (Kresno, 2000). Data primer meliputi informasi langsung dari *stakeholders* yang bertanggung jawab atas anggaran kesehatan pada level (Kadinkes, Kepala Bappeda, Kabag Keuangan, kasubdin penyusunan program dan Pimpinan Puskesmas yang diamabil secara random terdiri dari 2 puskesmas kategori terpencil dan 2 puskesmas kategori perkotaan. Data sekunder dalam penelitian ini berasal dari laporan Renstra Dinas, LAKIP, Data Keuangan Daerah , data keuangan BRR dan dokumen pendukung lainnya serta aturan-aturan normatif yang terkait penganggaran kesehatan.

## **G. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian yang digunakan adalah

1. Panduan wawancara mendalam
2. Kuesioner
3. Checklist

## **H. Prosedur Analisa Data**

Analisis data penelitian ini berasal dari berbagai sumber informasi yang didapat dari data sekunder yang berasal dari laporan realisasi kegiatan pada 5 tahun terakhir baik data pra bencana maupun pasca bencana, baik yang bersumber dari dana APBN, APBD provinsi, APBD kabupaten dan Donator/ BRR. Proses analisa data dimulai dengan menelaah data dan tahap analisis data meliputi penetapan kategori utama untuk selanjutnya diinterpretasikan dalam deskriptif sesuai dengan variabel yang ada, selanjutnya menarik sebuah kesimpulan.

Berdasarkan metode tersebut, maka langkah-langkah yang ditempuh dalam menganalisis isi yaitu:

1. Mempelajari semua transkrip dan melihat kekurangan untuk dilengkapi kembali ke lapangan dengan wawancara mendalam
2. Mengelola, membaca dan mempelajari secara menyeluruh jenis data yang sudah dikumpulkan untuk persiapan penyusunan uraian dasar dalam penyajian data.
3. Menyajikan data ke dalam bentuk deskriptif sesuai dengan tujuan penelitian, dengan menjaga kerahasiaan dalam penelitian tersebut.
4. Membuat kesimpulan dari hasil analisa data.

## **I. Etika Penelitian**

Peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan dari wawancara mendalam kepada subjek dengan memberikan jaminan kerahasiaan, hak-hak serta kewajiban subjek. Peneliti juga mengutarakan bahwa wawancara hanya digunakan untuk kepentingan studi semata. Hasil wawancara kemudian dikonfirmasi kembali kepada subjek penelitian yang bersangkutan untuk mendapatkan kejelasan tentang apa yang sudah disampaikan sebelum peneliti mengakhiri wawancara dan proses

perencanaan dan pengelolaan data secara akurat dan optimal sebagai analisa akhir penelitian.

## **J. Jalannya Penelitian**

### **1. Tahap Persiapan**

- a. Mengusulkan judul/permasalahan penelitian
- b. Pengambilan data awal
- c. Membuat / menyusun proposal penelitian
- d. Menyusun instrumen penelitian
- e. Setelah disetujui, proposal diseminarkan demi mendapatkan masukan agar proposal penelitian menjadi lebih sempurna
- f. Melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat seminar proposal
- g. Pengurusan izin yang diperlukan untuk penelitian

### **2. Tahap Pelaksanaan**

- a. Pengurusan izin penelitian di daerah
- b. Pengurusan izin penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue sebagai dasar pelaksanaan penelitian
- c. Meminta kesediaan untuk dijadikan sebagai dasar melakukan kesepakatan waktu wawancara mendalam
- d. Pengumpulan data untuk tiap unit analisis direncanakan 1 (satu) minggu
- e. Semua data yang diperoleh didokumentasikan. Data yang masih kurang akan dikonfirmasi lagi
- f. Untuk menjamin validitas data maka peneliti akan melakukan triangulasi data

### **3. Tahap Penyelesaian**

- a. Hasil-hasil penelitian kemudian diolah dan dibuatkan interpretasinya

- b. Hasil penelitian dituliskan dalam bentuk laporan penelitian , dan dikonsultasikan dengan pembimbing
- c. Setelah disetujui, diajukan untuk melakukan seminar hasil penelitian
- d. Melakukan perbaikan-perbaikan sesuai dengan masukan dalam seminar hasil penelitian
- e. Apabila perbaikan disetujui, selanjutnya laporan hasil penelitian akan diajukan pada ujian tesis

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **HASIL**

#### **A. Sumber Dana**

##### **1. Sumber Pendanaan Kesehatan Kabupaten Simeulue**

Kabupaten Simeulue adalah salah satu kabupaten baru di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, yang ditetapkan berdasarkan Undang–Undang RI No. 48 Tahun 1999. Secara Administratif Kabupaten Simeulue terdiri dari 8 (delapan) kecamatan, 135 (seratus tiga puluh lima) desa, dengan jumlah penduduk sebanyak 81.596 (Delapan puluh satu ribu lima ratus sembilan puluh enam) jiwa (BPS Kabupaten Simeulue, 2006).

Secara geografis Kabupaten Simeulue dengan ibukotanya Sinabang terletak di sebelah barat daya Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, yang berjarak 105 Mil laut dari Meulaboh, Kabupaten Aceh Barat, atau 85 Mil laut dari Tapak Tuan, Kabupaten Aceh Selatan, serta berada pada koordinat 2-<sup>o</sup>15' - 2<sup>o</sup>25' Lintang Utara dan terbentang dari 95<sup>o</sup>40' - 96<sup>o</sup>30' Bujur Timur. Kabupaten Simeulue merupakan gugus kepulauan yang terdiri 41 pulau besar kecil, pulau yang terbesar adalah Pulau Simeulue yang panjangnya ± 100,2 Km dan lebarnya 8-28 Km, dengan luas 199.502 Ha, atau ± 94% dari 212.512 Ha, luas keseluruhan Kabupaten Simeulue (Peta Rupa Bumi Skala 1:250.000 oleh Bakosurtanal, BPS Kabupaten Simeulue, 2005)

Dengan desentralisasi pemerintah daerah ada kecenderungan untuk berkreasi dalam pengelolaan anggaran daerah termasuk di dalamnya pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi-provinsi. Ketika sifat *big-bang* kebijakan desentralisasi mengenai sektor kesehatan, tiba-tiba terjadi alokasi anggaran pembangunan yang disebut dana alokasi umum (DAU) (Siddik, 2002).

Besarnya DAU setiap daerah ditentukan berdasarkan suatu formula yang memperhitungkan potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal daerah. Formula ini berlaku tidak hanya untuk alokasi anggaran provinsi saja tetapi juga sekitar 400 Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia. Mengejutkan bahwa anggaran kesehatan secara eksplisit tidak dimasukkan di dalam formula DAU. Akibatnya, Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten, maupun Kota harus berjuang dengan sektor lain untuk mendapatkan anggarannya.

Dengan melihat fenomena tersebut di atas, maka hal yang sangat penting adalah bagaimana perencanaan anggaran sektor kesehatan, termasuk dalam melakukan advokasi anggaran, sehingga dana yang dibutuhkan dapat terpenuhi.

Sebelum bencana pola penganggaran sudah mengikuti Kepmendagri No.29 tahun 2002 yaitu dengan penganggaran berbasis kinerja atau *Performance Based Budgeting (PBB)*.

**Tabel 4. Alokasi Anggaran Kesehatan Pra Bencana**

UNIT KERJA	TAHUN			
	2001	2002	2003	2004
Dinkes	3.805.656.500	5.567.739.700	11.976.560.758	6.737.845.000
RSU		7.011.757.000	1.570.486.399	1.147.864.000
PKM Sim.Timur	32.650.000	51.600.000	76.513.939	50.502.658
PKM Sim.Tengah	22.500.000	53.875.000	79.598.865	49.549.000
PKM Sim.Barat	22.400.000	55.618.800	88.149.057	56.111.000
PKM Tep.Selatan	14.300.000	48.820.000	72.645.439	45.808.000
PKM Salang	10.100.000	45.973.600	74.390.039	49.897.100
PKM Tep.Barat				16.480.802
PKM TI.Dalam				14.972.440
PKM Alafan				10.000.000
GFK	6.070.000	67.725.000	60.250.000	45.187.000
<b>TOTAL</b>	<b>3.913.676.500</b>	<b>12.903.109.100</b>	<b>13.998.594.496</b>	<b>8.224.217.000</b>

Sumber data Dinkes Simeulue modifikasi

Tabel 4 menunjukkan alokasi dana yang diterima oleh setiap unit kerja terlihat memang nominalnya masih rendah dan sangat terbatas serta fluktuatif, apalagi untuk beberapa puskesmas dengan kondisi geografis yang teramat sulit seperti puskesmas Alafan. Anggaran pra bencana khususnya di

puskesmas, mereka mengatakan bahwa dana yang selama ini diterima belum cukup dimana dengan besaran anggaran yang tersedia hanya dapat dipergunakan rata-rata selama 8 bulan, hal ini sesuai dengan pernyataan salah seorang responden:

“Anggaran yang kita terima saat ini terlalu sedikit, bagaimana kita mau melakukan pelayanan yang maksimal kalau dananya terbatas. Apalagi biaya perjalanan yang seharusnya kan jumlahnya banyak sesuai dengan kegiatan yang selama ini sering kita melakukan pertemuan di Kabupaten.”

Untuk tahun anggaran 2003 Dinas Kesehatan terlihat memang menerima kenaikan anggaran dengan persentasenya dua kali lipat atau 100% dari penerimaan dana tahun 2002, namun penggunaan anggarannya lebih diutamakan kepada alokasi fisik (60%). Untuk kegiatan perencanaan memang dirasakan sangat minim sekali hal ini juga dirasakan bukan hanya pada jumlah alokasi anggaran yang kecil tetapi juga dukungan advokasi anggaran sebelum bencana pun masih sangat terbatas sekali apa lagi setelah pasca bencana. Tabel di atas dapat melihat bahwa persepsi responden mengenai ketersediaan dana untuk kegiatan pengalokasian anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue berbeda-beda baik sebelum dan sesudah bencana tsunami pada tahun 2005.

Hasil wawancara dengan puskesmas dan Kepala Dinas Kesehatan, menunjukkan bahwa untuk perencanaan anggaran sebelum dan sesudah bencana belum pernah mendapatkan anggaran untuk advokasi baik dari APBN maupun APBD. Selama ini tingkat persepsi masing-masing respon beranggapan bahwa anggaran untuk advokasi itu belum dapat dipahami untuk apa manfaat dan sasaran khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, Berikut kutipan wawancara tersebut:

“Alokasi anggaran berkaitan dengan Advokasi memang belum pernah ada untuk porsi dinas kesehatan. apalagi untuk diusulkan, program yang sudah jelas manfaatnya untuk masyarakat juga sering tidak mendapatkan tanggapan bahkan sering dicoret dalam usulan yang ada konteknya yaa seperti”

“Nyo sebenar djih hayethat untuk tabicarakan, yang menjadi kendala adalah bagaimana perencanaan dan bagian kepegawaian dinas kesehatan sendiri untuk mempersiapkan usulan yang berkaitan dengan peningkatan profesionalisme SDM teknis”

Dari wawancara menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan untuk kegiatan program masih sangat kurang. Fenomena yang ada baik sebelum dan sesudah bencana untuk meyakinkan Bappeda dan DPR Kabupaten tentang program kesehatan masih dianggap kurang. Bappeda dan DPRD beranggapan bahwa persoalan program itu yang lebih mengerti adalah dinas kesehatan sendiri. Database kesehatan juga masih tidak lengkap inilah merupakan kelemahan yang mendasar terhadap kekuatan sebuah usulan program untuk bisa diterima atau ditolak. Semenjak pascabencana banyak anggaran yang masuk baik dari pusat dalam bentuk kegiatan APBN penanggulangan pascabencana, maupun Bantuan Luar Negeri seperti BRR dan NGO yang lainnya. Sedangkan untuk APBD kita masih sangat minim.

**Tabel 5. Tanggapan Responden tentang Sumber Pendanaan Kabupaten Simeulue Pasca Bencana**

Responden	Tanggapan
DPRD	Anggaran untuk kesehatan pasca benca bersumber dari beberapa alokasi dana antara lain:APBN,APBD Provinsi, BRR, JTZ dan pada saat ini kita sudah mempunyai dana otonomi khusus. Alokasi dana tersebut dominan dipergunakan untuk perbaikan infrastruktur yang rusak akibat bencana.
BAPPEDA	Sumber dana pasca bencana berasal dari APBN, NGO, BRR, Dana otonomi khusus dan APBD Kabupaten. Pemanfaatan dana tersebut penekanannya masih kita fokuskan untuk perbaikan sarana fisik yang rusak akibat gempa dan untuk fasilitas pendukung lainnya.
DINKES	Untuk sektor kesehatan anggaran yang kita terima berasal dari beberapa sumber: ada dana DAK, Dana dari Provinsi yang bersumber dari dana dekon, NGO, BRR dan dana APBD Kabupaten.
RSUD	Selama pasca bencana RSUD mendapat aliran dana dari APBN berupa pengadaan alat medis dan biaya operasional serta biaya penunjang dari askeskin.

Sumber data yang diolah

Berdasarkan Tabel 5 terlihat bahwa tingkat pemahaman responden terhadap sumber pendanaan anggaran Kabupaten Simeulue pasca bencana cukup baik, konsep yang mereka paparkan sudah dapat dilihat dari porsi anggaran rata-rata, meskipun secara nominalnya mereka tidak dapat menyebutkan secara rinci. Hampir semua responden berkomentar bahwa anggaran dari sumber dana BRR pasca bencana memang besar, akan tetapi digunakan untuk sarana fisik. Sedangkan pada tahun 2005 sumber pendanaan dari APBN cukup berperan juga untuk membantu proses pembangunan daerah. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan salah satu responden sebagai berikut:

“Kita sangat terbantu sekali dengan beberapa program yang masuk kedaerah setelah pasca bencana terutama bantuan dari BRR...dimana banyaknya infrastruktur daerah kita yang rusak, kalau hanya mengandalkan dari APBD saya rasa kita mesti kewalahan sekali.....”

Adapun salah satu responden yang menyatakan hal yang sama lebih menekankan pada hasil dari pembangunan yang dibantu oleh dana-dana pusat ataupun bantuan luar negeri. Adapun hasil wawancara sebagai berikut.

“Kita sangat bersyukur bahwa banyak pembangunan fisik kita yang dulunya rusak, sekarang sudah hampir terpenuhi semua... tidak ada lagi tempat pelayanan kesehatan yang rusak... perlu dukungan pemda Simeulue dalam meningkatkan pelayanan ini merupakan PR kita bersama.”

Di luar DAU terdapat beberapa sumber anggaran pemerintah pusat untuk kesehatan, misalnya dana kompensasi BBM, dana alokasi khusus (DAK), anggaran belanja tambahan (ABT). *Big-bang* desentralisasi telah mengubah dari sistem alokasi pusat ke sistem alokasi langsung Kabupaten/Kota. Sementara itu alokasi anggaran di pusat yang menggunakan formula berbasis data belum mantap. Kultur negosiasi dalam alokasi anggaran masih kental. Persoalan menjadi lebih rumit dengan semakin kuatnya pengaruh anggota Dewan Perwakilan Rakyat dalam menentukan kegiatan kesehatan pasca kebijakan desentralisasi. Akibatnya berbagai ketidak-adilan, keanehan dan ketidak puasan muncul dalam alokasi anggaran. Salah satu ketidakadilan adalah ketika daerah-daerah yang miskin mendapat alokasi anggaran yang bobotnya sama dengan daerah kaya. Sebagai gambaran praktis, dalam alokasi dana kompensasi BBM, prinsip keadilan sosial perlu ditegakkan dengan menggunakan formula dimana kekuatan fiskal pemerintah daerah menjadi bobot penting. Kabupaten yang kaya diharapkan mampu membiayai masyarakat miskin di daerahnya. Bagi kabupaten miskin, peran pemerintah pusat diperlukan untuk menutup kekurangan.

Secara umum pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi tiga kelompok besar: (1) Pemerintah, (2) Bantuan/pinjaman Luar Negeri (donor), dan (3) Rumah tangga/swasta. Pada era desentralisasi disoroti salah satu fungsi pemerintah sebagai sumber pembiayaan, termasuk diantaranya sumber Luar Negeri yang disalurkan melalui pemerintah. Dalam hal ini yang

menjadi pokok titik pembahasan adalah dana bersumber pemerintah. Sumber pembiayaan pemerintah dibagai menjadi: (1) Pemerintah pusat dan dana dokonsentrasi; (2) Pemerintah provinsi melalui skema dana provinsi (PAD ditambah dana desentralisasi DAU provinsi dan DAK provinsi); (3) Pemerintah kabupaten kota melalui skema dana pemerintah kabupaten kota ditambah dana desentralisasi DAU Kabupaten/Kota dan DAK Kabupaten/Kota) (Pemerintah RI, 1999)

Data yang diperoleh pada saat melakukan penelitian, anggaran untuk bidang kesehatan pasca bencana terdiri dari beberapa sumber pembiayaan antara lain: DAK, Dekonsentrasi, PKPS BBM untuk Gakin, NGO/BRR dan APBD Kabupaten Simeulue.

**Tabel 6. Alokasi Anggaran Kesehatan Pasca Bencana**

SUMBER DANA	TAHUN			TOTAL
	2005	2006	2007	
DAK	2.000.000.000	5.600.000.000	7.737.000.000	15.337.000.000
Dekonsentrasi		935.953.000	615.713.000	1.551.666.000
PKPS BBM/Gakin	654.940.571	547.790.000	1.483.441.000	2.686.171.571
NGO / BRR			30.045.855.000	30.045.855.000
APBD Kabupaten	11.464.765.400	14.955.342.934	16.304.000.000	42.724.108.334
TOTAL	14.119.705.971	22.039.085.934	56.186.009.000	92.344.800.905

Sumber data : Dinkes Kab.Simeulue

Dari Tabel 6 menunjukkan bahwa sumber anggaran di Kabupaten Simeulue yang sangat besar kontribusinya adalah dana-dana pusat dan NGO, sedangkan sumber anggaran yang berasal dari APBD Kabupaten Simeulue jika dibandingkan dengan persentase anggaran yang diterima Kabupaten Simeulue secara global dari berbagai sumber anggaran masih rendah. Sumber dana dari APBD provinsi untuk kegiatan program kesehatan di Kabupaten Simeulue juga memberikan kontribusi didalam untuk beberapa kegiatan seperti yang tertera tabel dibawah ini.

**Tabel 7. Alokasi Dana APBD Provinsi NAD  
untuk Program Kesehatan**

PROGRAM	TAHUN				
	2006			2007	
	JUMLAH	REALISASI	%	JUMLAH	REALISASI (%)
Kesga	858.303.000	603.563.000	70	414.313.000	100
Yankes	77.650.000	77.650.000	100	142.275.000	100
P2M				59.125.000	100
<b>T O T A L</b>	<b>935.953.000</b>	<b>681.213.000</b>	<b>73</b>	<b>615.713.000</b>	<b>100</b>

Sumber data Dinas Kesehatan Kab.Simeulue

Tabel 7 menunjukkan bahwa anggaran untuk program kesga sangat dominan, namun untuk realisasi program dan anggaran hanya dapat terlaksana 70 %, hal ini disebabkan ada beberapa kegiatan yang tidak dapat terlaksana seperti pengadaan MP-ASI dikarenakan masalah waktu yang tersedia sudah mendekati akhir anggaran. Pada tahun 2007 anggaran mengalami penurunan dikarenakan porsi anggaran untuk bidang kesga yang bersumber dana dekonsentrasi mengalami penurunan, sedangkan untuk bidang yankes mengalami peningkatan yang cukup signifikan.

Berkaitan dengan sumber-sumber anggaran untuk kesehatan, pemerintah Kabupaten Simeulue memang terus melakukan terobosan-terobosan untuk mengupayakan anggaran untuk kesehatan. Hal ini disebabkan dengan keterbatasan PAD saat ini, sesuai dengan tanggapan salah seorang responden.

“Berkaitan dengan PAD Kabupaten Simeulue yang masih terbatas untuk pemenuhan anggaran sektor kesehatan kita berupaya mengejar dana pusat baik dari APBN, dari APBD Provinsi, dari dana alokasi khusus maupun pos-pos tersendiri yang dikelola oleh Departemen kesehatan yah kita harus pola jemput bola lah mengait buah yang hampir masak.”

Pernyataan responden tersebut diatas sejalan dengan data realisasi PAD Kabupaten Simeulue kurun waktu 2001-2006 sebagaimana Tabel dibawah ini:

**Tabel 8. Target dan realisasi PAD Kabupaten Simeulue**

Tahun	Target	Realisasi	%
2001	1.420.001.000	1.734.625.000	122,16
2002	5.614.294.000	6.267.721.000	111,64
2003	5.452.659.000	1.742.152.000	31,95
2004	5.138.538.000	2.034.713.000	39,60
2005	1.897.770.000	1.597.389.000	84,17
2006	1.750.000.000	4.537.016.000	259,26

Sumber Pemda Kabupaten Simeulue

## **B. Usulan Anggaran Kesehatan**

### **1. Proyeksi Kebutuhan Operasional Kesehatan pasca bencana**

Dalam menilai kemampuan keuangan daerah dapat dilihat dari sejauh mana kemampuan PAD (APBD) kabupaten dalam membiayai pengeluaran kebutuhan operasional Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue. Ketergantungan yang tinggi terhadap penerimaan dari dana pusat dan rendahnya peranan APBD dalam penerimaan daerah, membawa kosekuensi rendahnya kemampuan PAD dalam membiayai pengeluaran daerah. Kondisi semacam ini tentu sangat menyulitkan pemerintah daerah terutama setelah otonomi khusus untuk mengatur kebutuhan operasional daerah.

Dasar proyeksi kebutuhan operasioanal Kesehatan Kabupaten Simeulue dengan melihat total anggaran APBD Kabupaten Simeulue terhadap total anggaran Kesehatan Kabupaten Simeulue periode 2001-2005 pada Tabel.1 dengan rata-rata pertahun sebesar 7%. Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian tentang kemampuan keuangan daerah di era Orde Baru oleh Kuncoro, 2002, menunjukkan bahwa sebagian besar daerah Kabupaten/Kota di Indonesia, tepatnya 173 Dati II atau sebesar 59,2% dari total Dati II di Indonesia memiliki angka persentase PAD terhadap total

belanja daerah kurang dari 15%. Peneliti mengasumsikan untuk proyeksi kebutuhan operasional kesehatan di Kabupaten Simeulue dengan menggunakan pola minimal berdasarkan data yang ada sebesar 10% dengan dasar anggaran kesehatan dari APBD Kabupaten Simeulue selama ini di bawah 15% (Simeulue 7%), hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kuncoro (2002), menunjukkan bahwa sebagian besar daerah Kabupaten/Kota di Indonesia, tepatnya 173 Dati II atau 59,25% dari total Dati II di Indonesia memiliki angka persentase PAD terhadap total belanja daerah kurang dari 15%.

Pola maksimal peneliti berasumsi bahwa anggaran untuk kesehatan di Kabupaten Simeulue ke depan sekitar 25%, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh UNDP (1993), menyatakan bahwa sebagian besar negara-negara berkembang, tingkat otonomi keuangannya sebesar 21% s/d 38%. Proyeksi kebutuhan anggaran operasionalnya dengan pola maksimal sebesar 25%, sudah termasuk dengan biaya pengembangan pembangunan.

**Tabel 9. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional  
Pola Minimal Dinas Kesehatan**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Barang Habis Pakai	103.529.850	113.882.835	125.271.119	137.798.231	151.578.054
Jasa kantor	216.018.600	237.620.460	261.382.506	287.520.757	316.272.832
Pemeliharaan	1.014.750.000	1.116.225.000	1.227.847.500	1.350.632.250	1.485.695.475
Penggandaan	1.800.000	1.980.000	2.178.000	2.395.800	2.635.380
Makmin	271.110.000	298.221.000	328.043.100	360.847.410	396.932.151
Perjalanan	352.455.000	387.700.500	426.470.550	469.117.605	516.029.366
Jasa adm keuangan	165.150.000	181.665.000	199.831.500	219.814.650	241.796.115
Program rutin	1.424.480.045	1.566.928.050	1.723.620.854	1.895.982.940	2.085.581.234
Obat rutin	950.706.505	1.045.777.156	1.150.354.871	1.265.390.358	1.391.929.394
<b>TOTAL</b>	<b>4.500.000.000</b>	<b>4.950.000.000</b>	<b>5.445.000.000</b>	<b>5.989.500.000</b>	<b>6.588.450.000</b>

Sumber data : Dinkes Simeulue modifikasi

Tabel 9 anggaran kebutuhan operasional minimal tersebut adalah kebutuhan operasional Dinas Kesehatan Kabupaten berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah kenaikan inflasi 10% pertahun.

**Tabel 10. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional  
Pola Maksimal Dinas Kesehatan**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Barang Habis Pakai	103.529.850	129.412.313	161.765.391	202.206.738	252.758.423
Jasa kantor	216.018.600	270.023.250	337.529.063	421.911.328	527.389.160
Pemeliharaan	1.014.750.000	1.268.437.500	1.585.546.875	1.981.933.594	2.477.416.992
Penggandaan	1.800.000	2.250.000	2.812.500	3.515.625	4.394.531
Makmin	271.110.000	338.887.500	423.609.375	529.511.719	661.889.648
Perjalanan	352.455.000	440.568.750	550.710.938	688.388.672	860.485.840
Jasa adm keuangan	165.150.000	206.437.500	258.046.875	322.558.594	403.198.242
Program rutin	1.424.480.045	1.780.600.056	2.225.750.070	2.782.187.588	3.477.734.485
Obat rutin	950.706.505	1.188.383.131	1.485.478.914	1.856.848.643	2.321.060.803
<b>TOTAL</b>	<b>4.500.000.000</b>	<b>5.625.000.000</b>	<b>7.031.250.000</b>	<b>8.789.062.500</b>	<b>10.986.328.125</b>

Sumber data : Dinkes Simeulue modifikasi

Tabel 10 anggaran kebutuhan operasional maksimal tersebut diatas adalah kebutuhan operasional Dinas Kesehatan Kabupaten berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah kenaikan inflasi 25% pertahun.

**Tabel 11. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional Pola Minimal  
RSU Simeulue**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
PELAYANAN ADM					
Jasa surat menyurat	1.050.000	1.155.000	1.270.500	1.397.550	1.537.305
Jasa komunikasi, listrik dan air	538.000.000	591.800.000	650.980.000	716.078.000	787.685.800
izin dan operasional kendaraan	114.300.000	125.730.000	138.303.000	152.133.300	167.346.630
Jasa adm keuangan	1.525.800.000	1.678.380.000	1.846.218.000	2.030.839.800	2.233.923.780
Jasa kantor	29.866.870	32.853.557	36.138.913	39.752.804	43.728.084
Jasa atk	46.463.870	51.110.257	56.221.283	61.843.411	68.027.752
Percetakan & penggandaan	139.482.000	153.430.200	168.773.220	185.650.542	204.215.596
Komponen listrik	36.325.617	39.958.179	43.953.997	48.349.396	53.184.336
Bahan bacaan	720.000	792.000	871.200	958.320	1.054.152
Penyediaan makmin	291.014.000	320.115.400	352.126.940	387.339.634	426.073.597
Perjalanan dinas	261.390.000	287.529.000	316.281.900	347.910.090	382.701.099
SDM		-	-	-	-
Job training	60.000.000	66.000.000	72.600.000	79.860.000	87.846.000
OBAT & PERBEKALAN	1.350.000.000	1.485.000.000	1.633.500.000	1.796.850.000	1.976.535.000
PERLENGKAPAN	10.000.000	11.000.000	12.100.000	13.310.000	14.641.000
PEMELIHARAAN ALAT	94.000.000	103.400.000	113.740.000	125.114.000	137.625.400
<b>TOTAL</b>	<b>4.498.412.357</b>	<b>4.948.253.593</b>	<b>5.443.078.952</b>	<b>5.987.386.847</b>	<b>6.586.125.532</b>

Sumber data : RSU dimodifikasi

Tabel 11 anggaran kebutuhan operasional tersebut diatas adalah kebutuhan operasional minimal di RSU Kabupaten Simeulue berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah dengan kenaikan inflasi 10% pertahun.

**Tabel 12. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional dengan Pola Maksimal RSU Simeulue**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
PELAYANAN ADM					
Jasa surat menyurat	1.050.000	1.312.500	1.640.625	2.050.781	2.563.477
Jasa komunikasi, listrik dan air	538.000.000	672.500.000	840.625.000	1.050.781.250	1.313.476.563
izin dan operasional kendaraan	114.300.000	142.875.000	178.593.750	223.242.188	279.052.734
Jasa adm keuangan	1.525.800.000	1.907.250.000	2.384.062.500	2.980.078.125	3.725.097.656
Jasa kantor	29.866.870	37.333.588	46.666.984	58.333.730	72.917.163
Jasa atk	46.463.870	58.079.838	72.599.797	90.749.746	113.437.183
Percetakan & penggandaan	139.482.000	174.352.500	217.940.625	272.425.781	340.532.227
Komponen listrik	36.325.617	45.407.021	56.758.777	70.948.471	88.685.588
Bahan bacaan	720.000	900.000	1.125.000	1.406.250	1.757.813
Penyediaan makmin	291.014.000	363.767.500	454.709.375	568.386.719	710.483.398
Perjalanan dinas	261.390.000	326.737.500	408.421.875	510.527.344	638.159.180
SDM		-	-	-	-
Job training	60.000.000	75.000.000	93.750.000	117.187.500	146.484.375
OBAT & PERBEKALAN	1.350.000.000	1.687.500.000	2.109.375.000	2.636.718.750	3.295.898.438
PERLENGKAPAN	10.000.000	12.500.000	15.625.000	19.531.250	24.414.063
PEMELIHARAAN ALAT	94.000.000	117.500.000	146.875.000	183.593.750	229.492.188
<b>TOTAL</b>	<b>4.498.412.357</b>	<b>5.623.015.446</b>	<b>7.028.769.308</b>	<b>8.785.961.635</b>	<b>10.982.452.043</b>

Sumber data : RSU dimodifikasi

Tabel 12 anggaran kebutuhan operasional tersebut diatas adalah kebutuhan operasional dengan pola maksimal di RSU Kabupaten Simeulue berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah dengan kenaikan inflasi 25% pertahun. Jika kita lihat dari jumlah anggaran yang ada, jelas bahwa proyeksi kurun waktu lima tahun kedepan anggaran mengalami peningkatan anggaran sebesar 10% - 25% pertahunnya. Adapun peningkatan sebut lebih terfokus pada peningkatan pelayanan administrasi dan perbekalan obat-obatan serta sarana penunjang lapangan. Akan tetapi

jika dilihat dari peningkatan SDM masih tergolong pada proyeksi yang masih kecil. Proyeksi ini lebih terfokus pada peningkatan operasional dilapangan.

Anggaran pasca bencana dan tsunami inilah yang seharusnya diproyeksikan seberapa besar anggaran daerah yang diperlukan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat Simeulue secara langsung. Proyeksi untuk SDM memang masih kecil porsi dari anggaran yang ada, akan tetapi untuk anggaran peningkatan SDM ini sudah diusulkan pada bagian kepegawaian pemda untuk anggaran diklat-diklat yang bersifat penunjang perencanaan sedangkan untuk diklat teknis kita berupaya membuat suatu advokasi agar dana-dana pelatihan teknis ini harus didukung dari provinsi dan pusat. Untuk proyeksi RSUD memang harus menjadi prioritas daerah karena ini merupakan fase awal untuk meningkatkan pelayanan dan perbaikan pola pelayanan kesehatan lebih baik kedepan pasca bencana.

**Tabel 13. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional dengan Pola Minimal di 8 Puskesmas**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Barang habis pakai	110.021.442	121.023.586	133.125.945	146.438.539	161.082.393
Jasa kantor	39.720.000	43.692.000	48.061.200	52.867.320	58.154.052
Pemeliharaan kendraan	298.932.750	328.826.025	361.708.628	397.879.490	437.667.439
Bahan cetak	51.751.000	56.926.100	62.618.710	68.880.581	75.768.639
Makmin	259.455.000	285.400.500	313.940.550	345.334.605	379.868.066
Perjalanan	187.720.000	206.492.000	227.141.200	249.855.320	274.840.852
<b>TOTAL</b>	<b>947.600.192</b>	<b>1.042.360.211</b>	<b>1.146.596.232</b>	<b>1.261.255.856</b>	<b>1.387.381.441</b>

Sumber data : Puskesmas modifikasi

Tabel 13 anggaran kebutuhan operasional tersebut diatas adalah kebutuhan operasional dengan pola minimal di 8 Puskesmas dalam Kabupaten Simeulue berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah dengan kenaikan inflasi 10% pertahun.

**Tabel 14. Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional dengan Pola Maksimal di 8 Puskesmas**

JENIS BIAYA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Barang habis pakai	110.021.442	137.526.803	154.717.653	193.397.066	241.746.333
Jasa kantor	39.720.000	49.650.000	55.856.250	69.820.313	87.275.391
Pemeliharaan kendaraan	298.932.750	373.665.938	420.374.180	525.467.725	656.834.656
Bahan cetak	51.751.000	64.688.750	72.774.844	90.968.555	113.710.693
Makmin	259.455.000	324.318.750	364.858.594	456.073.242	570.091.553
Perjalanan	187.720.000	234.650.000	263.981.250	329.976.563	412.470.703
<b>T O T A L</b>	<b>947.600.192</b>	<b>1.184.500.240</b>	<b>1.332.562.770</b>	<b>1.665.703.463</b>	<b>2.082.129.328</b>

Sumber data : Puskesmas modifikasi

Tabel 14 anggaran kebutuhan operasional tersebut diatas adalah kebutuhan operasional dengan pola maksimal di 8 Puskesmas dalam Kabupaten Simeulue berdasarkan kebutuhan anggaran minimal tahun 2008 ditambah dengan kenaikan inflasi 25% pertahun.

**Tabel 15. Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional dengan Pola Minimal untuk Bidang Kesehatan**

UNIT KERJA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Dinkes	4.500.000.000	4.950.000.000	5.445.000.000	5.989.500.000	6.588.450.000
RSU	4.498.412.357	4.948.253.593	5.443.078.952	5.987.386.847	6.586.125.532
Puskesmas	947.600.192	1.042.360.211	1.146.596.232	1.261.255.858	1.387.381.441
<b>T O T A L</b>	<b>9.946.012.549</b>	<b>10.940.613.804</b>	<b>12.034.675.184</b>	<b>13.238.142.705</b>	<b>14.561.956.973</b>

Berdasarkan perhitungan proyeksi Tabel 15 diatas, maka jumlah anggaran opsional dengan pola minimal untuk kesehatan Kabupaten Simeulue untuk setiap tahun sejak tahun 2008 sampai dengan 2012 (kurun waktu 5 tahun) dengan kenaikan inflasi 10% adalah sebagai berikut:

1. Tahun 2008 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 9.946.012.549.-
2. Tahun 2009 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 10.940.613.804.-
3. Tahun 2010 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 12.034.675.184.-
4. Tahun 2011 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 13.238.142.705.-
5. Tahun 2012 dibuthkan anggaran operasional Rp. 14.561.956.973.-

**Tabel 16. Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Anggaran Operasional dengan Pola Maksimal untuk Bidang Kesehatan**

UNIT KERJA	TAHUN				
	2008	2009	2010	2011	2012
Dinkes	4.500.000.000	5.625.000.000	7.031.250.000	8.789.062.500	10.986.328.125
RSU	4.498.412.357	5.623.015.446	7.028.769.308	8.785.961.635	10.982.452.043
Puskesmas	947.600.192	1.184.500.240	1.480.625.300	1.850.781.625	2.313.477.031
<b>T O T A L</b>	<b>9.946.012.549</b>	<b>12.432.515.686</b>	<b>15.540.644.608</b>	<b>19.425.805.760</b>	<b>24.282.257.200</b>

Sumber data : Data sekunder modifikasi

Berdasarkan perhitungan proyeksi Tabel 16, maka jumlah anggaran operasional dengan pola maksimal untuk Kesehatan Kabupaten Simeulue untuk setiap tahun sejak tahun 2008 sampai dengan 2012 (kurun waktu 5 tahun) dengan kenaikan inflasi 25% adalah sebagai berikut:

- Tahun 2008 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 9.946.012.549.-
- Tahun 2009 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 12.432.515.686.-
- Tahun 2010 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 15.540.644.608.-
- Tahun 2011 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 19.425.805.760.-
- Tahun 2012 dibutuhkan anggaran operasional Rp. 24.282.257.200.-

Perhitungan kenaikan anggaran operasional untuk setiap tahun dengan menggunakan asumsi kenaikan inflasi 10% - 25% berdasarkan data sekunder serta pengalaman dari beberapa responden yang selama ini melaksanakan kegiatan rutin di unit kerja.

Berdasarkan jumlah kebutuhan anggaran operasional baik Dinas Kesehatan, RSUD maupun puskesmas, maka pemda Kabupaten Simeulue sudah harus mempersiapkan acuan sejak awal agar anggaran yang dibutuhkan oleh Dinkes, Puskesmas dan RSUD Kabupaten Simeulue dapat tercukupi. Peneliti menganalisa bahwa anggaran proyeksi kedepan khusus untuk operasional puskesmas dari total anggaran rata-rata, maka diperkirakan Rp.150.000.000,00. sampai dengan Rp.200.000.000.- untuk setiap puskesmas pertahun. Dalam pelaksanaan harus disesuaikan dengan volume kegiatan serta luas wilayah dan cakupan kinerja setiap puskesmas. Untuk RSUD peneliti memproyeksikan anggaran operasional yang dibutuhkan rata-rata pertahun sebesar Rp 5.5 Milyar sampai dengan Rp. 6,5 Milyar, sedangkan untuk Dinas Kesehatan ditambah dengan anggaran operasional pustu dengan proyeksi sebesar Rp. 6.5 Milyar sampai dengan Rp. 7 Milyar pertahun.

**Tabel 17. Tanggapan Responden Tentang Kebutuhan Operasional Kesehatan Pasca Bencana**

Responden	Tanggapan
DPRD	Berkenaan dengan jumlah kebutuhan biaya operasional, tentu yang lebih mengetahui secara detil dan teknis itu kan masing-masing dinas, kita mencoba untuk mengevaluasi dan mengakomodir untuk setiap usulan atau pengajuan anggaran sesuai dengan kebutuhan.
BAPPEDA	Prinsipnya anggaran operasional tetap kita alokir sesuai dengan kemampuan anggaran yang tersedia, jika tidak teralokir dari dana pusat, Otsus kita komit untuk operasional dari APBD Kabupaten Simeulue.
DINKES	Anggaran untuk operasional pada saat ini kita memang masih terbatas, kedepan memang menjadi prioritas, kita mengupayakan dana-dana dari pusat nantinya bisa kita jadikan untuk sumber untuk alokasi kegiatan dana operasional
RSUD	Untuk kebutuhan operasional RSUD selama ini sangat minim, kalau pemda Kabupaten Simeulue tidak memberikan anggaran yang cukup, maka kegiatan rutinitas untuk pelayanan tidak optimal.

Sumber data yang diolah

Berdasarkan tingkat pemahaman responden pada Tabel 17 berkaitan dengan kebutuhan operasional kesehatan memang dirasakan masih kurang. Hal ini disebabkan karena tingkat pemahaman terhadap proyeksi program masih kurang. Akan tetapi dilihat dari data sekunder yang ada setiap tahun mengalami peningkatan kebutuhan operasional. Hanya saja apakah tercukupi atau tidak kebutuhan tersebut beberapa responden belum dapat menjelaskan secara teknis mengenai proyeksi kebutuhan kesehatan. Hal ini didukung dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Kapasitas kami hanya memperjuangkan anggaran yang ada pada prinsipnya kami sangat mendukung kebutuhan kesehatan. Kalau kita disuruh menghitung proyeksi memang kita ngak begitu tahu detail anggaran orang teknis perencanaan atau keuangan yang lebih berkompeten...”

Hal ini juga sesuai dengan tanggapan salah satu responden yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia sebagai berikut;

“Anggaran operasional kami dipuskesmas sangat kecil....kadang-kadang susah untuk mencukupi kebutuhan program-program kami....perlu perhatian dan pertimbangan untuk meningkatkan operasional kami agar lebih optimal berjalannya.”

“Kewenangan kita sangat luas sedangkan dana terbatas karena hal tersebut pemda beberapa waktu lalu roda pemerintahan pun sedikit terhambat sehingga tingkat kemampuan daerah pun terbatas masih dalam tahap pemulihan....oleh karena itu kita lakukan program-program yang kita anggap prioritas aja..”

Kebijakan Pemda Kabupaten Simeulue untuk bidang kesehatan lebih memprioritaskan pada pembangunan infrastruktur dan sarana penunjang kesehatan lainnya. Hal jelas terlihat dalam Tabel berikut ini:

**Tabel 18. Alokasi Dana Kesehatan Pasca Bencana untuk Kegiatan Fisik dan Rutin (dalam jutaan rupiah)**

UNIT KERJA	2006			2007		
	Fisik	Rutin	Jml	Fisik	Rutin	Jml
Dinkes						
Jumlah dana	8.937.623	3.788.333	12.725.956	9.900.796	1.449.177	11.349.973
RSU						
Jumlah dana	405.900	1.249.762	1.655.662	768.039	1.628.661	2.396.700
Puskesmas						
Jumlah dana		573.721	573.721		2.642.327	2.642.327
<b>TOTAL</b>	<b>9.343.523</b>	<b>5.038.095</b>	<b>14.955.339</b>	<b>10.668.835</b>	<b>5.720.165</b>	<b>16.389.000</b>

Sumber data sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue

Dari Tabel 18 dapat dilihat tentang jumlah anggaran kesehatan kurun waktu tahun 2006-2007, dimana pada dua tahun pasca bencana, anggaran untuk fisik masih terlihat cukup besar dibandingkan dengan dana rutin. Sebagai bahan perbandingan, untuk tahun anggaran 2006 dari total anggaran Rp. 14.955.339.000.- (Empat belas milyar sembilan ratus lima puluh lima juta tiga ratus tiga puluh sembilan ribu rupiah) untuk kegiatan fisik sebesar 61% dan untuk tahun 2007 dari total anggaran Rp.16.389.000.- (Enam belas milyar tiga ratus delapan puluh sembilan juta rupiah) untuk kegiatan fisik 65 %.

Data di atas menunjukkan bahwa memang kosentrasi anggaran masih terfokus kepada perbaikan dan pembangunan sarana fisik akibat bencana.

## **2. Kecukupan Anggaran Kesehatan Kabupaten Simeulue**

Besaran alokasi anggaran untuk Kesehatan Kabupaten Simeulue pasca bencana ditentukan oleh kepala daerah bersama-sama dengan DPRD dan disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Untuk memperoleh anggaran yang mencukupi dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, dinas kesehatan harus dapat merencanakan dengan baik kebutuhan anggarannya.

**Tabel 19. Kecukupan Anggaran pasca bencana**

Sumber dana	Anggaran 2007		
	Total APBD	APBD Kesehatan	%
DAK	439.851.823.822	7.737.000.000	2
Dekonsentrasi		615.713.000	0,1
NGO/BRR		30.045.855.000	6,8
APBD Kabupaten		16.304.000.000	3,7
TOTAL		54.702.568.000	12,4

Sumber data : Dinkes Simeulue dan BRR dimodifikasi

Tabel 19 menunjukkan bahwa kecukupan anggaran kesehatan Kabupaten Simeulue belum terpenuhi hal ini didasarkan kepada kesepakatan Bupati seluruh Indonesia tahun 2000 bahwa anggaran untuk kesehatan minimal 15% dari total APBD. Kemudian Tabel di atas juga menunjukkan bahwa persentase anggaran yang bersumber dari dana NGO/BRR (6,8%) dan pusat (2%) memberikan kontribusi yang besar terhadap anggaran kesehatan pasca bencana, artinya ketergantungan dengan dana pusat dan NGO/BRR masih sangat tinggi.

Dipihak lain anggaran yang ada lebih terkonsentrasi penggunaannya kepada sarana fisik dan pengadaan fasilitas yang rusak akibat bencana, sehingga untuk anggaran yang sifatnya operasional dan program untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat mendapat porsi yang sedikit. Secara teknis maupun kekurangan anggaran tersebut memang dirasakan oleh beberapa unit kerja di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Simelue dalam beberapa tahun baik sebelum bencana maupun pasca bencana. Tabel di bawah ini membuktikan bahwa kecukupan anggaran kesehatan dari selama ini memang masih kurang.

**Tabel 20. Tanggapan Responden tentang Kecukupan Anggaran Kesehatan Pasca Bencana**

Responden	Tanggapan
DPRD	Menyangkut kecukupan anggaran memang kita masih keterbatasan anggaran, namun hari ini dengan adanya Undang-undang No.11 tahun 2006 tentang pemerintahan Aceh dimana disana disebutkan tentang dana otonomi khusus, maka anggaran untuk Nanggroe Aceh Darussalam mengalami kenaikan yang signifikan dan dana ini kita membuat formulasinya, sehingga setiap daerah mempunyai porsi masing-masing. Dana otonomi khusus dan dana bagi hasil minyak dan gas berjumlah Rp.5,8 triliun di tambah dengan dana lainnya, jadi untuk tahun 2008 kurang lebih ada anggaran Rp.8,5 triliun untuk dibelanjakan.
BAPPEDA	Alhmdulillah kalau untuk fisik sektor kesehatan pasca bencana kita ada beberapa sumber, fisik RSUD akan ditangani tuntas oleh Japanese Red cross Jepang, BRR dan ada juga dana pusat serta sumber lain kita juga ada dana otsus dan tambahan bagi hasil migas dari propinsi kemudian dana dak dari pusat disamping kita juga sisihkan dana DAU sesuai dengan presentasi yang di butuhkan di kesehatan. Untuk operasional pokoknya jangan sampai terbentur.
DINKES	Anggaran untuk kesehatan jika berbicara kecukupan, memang belum cukup terutama untuk biaya operasional di RSUD. Namun menurut perkiraan setelah kita melakukan lobi baik dengan panggar executive maupun legislatif kecukupan anggaran untuk tahun 2008 untuk Dinas Kesehatan bisa terpenuhi dan tidak ada masalah. Versi puskesmas dari selama ini anggaran untuk operasional masih merasa kurang, terutama untuk biaya pemeliharaan baik itu pemeliharaan sarana gedung, pemeliharaan kendaraan roda 4 dan roda 2.
RSUD	Untuk biaya operasional RSUD memang kita merasa kekurangan, pengalaman 2 tahun terakhir 2006 dan 2007 anggaran operasional sangat kurang, anggaran yang tersedia hanya bisa kita belanjakan selama 4 bulan, kekurangannya kita kompensasi dengan dana Askeskin.

Sumber data yang diolah

Dalam kecukupan anggaran kita tidak terlepas dari kemampuan daerah dalam mengelola kemampuan PAD yang ada. Jika dilihat PAD Kabupaten Simeulue sangat kecil sekali rata-rata Rp. 3.000.000.000, ini menunjukkan bahwa PAD masih kecil. Kondisi semacam ini sangat menyulitkan pemerintah daerah dalam melaksanakan otonomi daerah secara nyata dan bertanggung jawab seperti yang diamanatkan dalam UU No. 32 tahun 2004 dan UU No. 33 tahun 2004. Dari data yang ada sebelum pasca bencana juga PAD Kabupaten Simeulue masih sangat rendah sekitar Rp 2.800.000.000, Hal ini mengimpilkasikan bahwa betapa tingginya peranan dana perimbangan yang berasal dari pemerintah pusat. Untuk alokasi anggaran Kesehatan Kabupaten Simeulue sebelum bencana dapat dilihat pada Tabel 20.

Lemahnya peran Dinas kesehatan inilah yang menjadi salah satu target program kedepan dalam upaya meningkatkan perencanaan program kesehatan di Kabupaten Simeulue agar lebih terarah dan tepat sasaran. Masalah utama rendahnya anggaran Kesehatan Kabupaten Simeulue bukan hanya pada PAD yang ada, juga karena sektor kesehatan sendiri belum mampu untuk menyampaikan perhitungan kebutuhan anggaran yang realistik. Ketidak mampuan tersebut , selain dipengaruhi oleh faktor lemahnya SDM, juga karena ketidakcukupan anggaran yang diperoleh untuk mendukung kegiatan pengalokasian anggaran. Oleh karena itu peran lobi untuk anggaran pusat sangat diperlukan sekali dalam mendukung kegiatan daerah pascabencana seperti halnya anggaran pada Otonomi Khusus Aceh. Masalah efisensi dan efektivitas kegiatan perencanaan dan kegiatan program masing-masing bidang sangat berpengaruh besar terhadap pelaksanaan kegiatan pasca bencana, berikut ini hasil wawancara dengan salah satu responden berikut:

“Anggaran bidang Yankes memang sudah cukup mendukung baik dari sumber APBD maupun dari dana Dekonsentrasi ini setelah pasca ya, hanya kita menilai perlu evaluasi program kerja bidang supaya anggaran yang telah dikucurkan ke daerah kita supaya lebih bermanfaat dan efisienlah kira-kira begitu...”

“Kami merasa usulan yang dibuat sudah cukup kongkritlah, akdo ami sebbuh sampai di DPR yang kita usulkan sering tidak sesuai dengan jumlah anggaran yang diajukan...”

Alokasi anggaran yang tidak sesuai ini sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan program dimasing-masing bidang. Oleh karena itu peran lembaga Eksekutif dan Lembaga Legislatif sangat besar terhadap pengontrolan kebijakan daerah. Untuk itulah perlu koordinasi, sosialisasi dan negosiasi program sehingga tingkat pemahaman mereka terhadap program kesehatan dimasing-masing bidang secara umum dapat dipahami.

### **3. Respon dalam penanganan pasca bencana**

Pada saat bencana terjadi, tentu dapat dimaklumi bahwa situasi secara keseluruhan dalam keadaan serba darurat, namun setelah masa *emergency*, idealnya diperlukan respon yang cepat dalam hal penanganan yang bersifat rehabilitatif baik dari pemerintah daerah maupun lembaga lain. Untuk melihat bagaimana respon penangan pasca bencana di Kabupaten Simeulue dapat dilihat dari beberapa hal sesuai pada Tabel dibawah ini :

**Tabel 21. Respon Pemerintah daerah Versus BRR dalam penganggaran pasca bencana**

Hal	Pemerintah Daerah	BRR
Jumlah anggaran	Kecil	Besar
Waktu proses	Normal (1 tahun)	Normal (1 tahun)
Birokrasi	Perlu advocacy	Perlu advocacy
Penggunaan anggaran	Lebih fleksibel	Lebih ke Infrastruktur
Sumber dana	Masih tergantung kepada dana pusat dan donatur	Program khusus
Kebijakan	Di daerah /Kabupaten	Provinsi dan pusat

Tabel 21 menunjukkan bahwa respon antara pemerintah daerah dan BRR dalam penanganan pasca bencana tidak terlalu ada perbedaan yang signifikan kecuali nominal anggaran, justru pemerintah daerah dalam hal kebijakan lebih punya otorisasi yang kuat. Dari inisiatif proyek, kecenderungannya berasal dari pemerintah pusat dan merupakan bentuk kerja sama antara pemerintah dan Bank (Bank pemerintah maupun Bank swasta).

## **PEMBAHASAN**

### **A. Sumber Dana**

#### **1. Sumber Pendanaan Kesehatan Kabupaten Simeulue**

Dalam pengembangan kebijakan sumber-sumber pendanaan di Kabupaten Simeulue pasca bencana sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: Kemampuan perencanaan ataupun proses penganggaran daerah melalui usulan RKA-SKPD sehingga menghasilkan DPA-SKPD, sangat dipengaruhi komitmen daerah, Advocacy, tingkat pemahaman SDM yang ada, alokasi anggaran yang ada terhadap program serta prioritas anggaran yang tersedia.

Adapun bentuk dukungan perencanaan Kabupaten Simeulue sebagai berikut:

1. Kemampuan daerah (kapasitas fiskal)
2. Dukungan dana perimbangan pusat dan provinsi
3. Lain-lain pendapatan yang sah
4. Dukungan peranserta BRR dan NGO lainnya terhadap pengembangan daerah.

Dalam pelaksanaan dilapangan pasca bencana memang banyak sumber-sumber anggaran yang masuk untuk membantu rekonstruksi pasca bencana beberapa waktu yang lalu. Ini menunjukkan bahwa peran bantuan pusat (APBN) dan bantuan BRR sangat nyata dan terukur. Kebijakan anggaran dilaksanakan didaerah memang mengikuti petunjuk teknis pelaksanaan pada perbaikan infrastruktur pelayanan kesehatan yang tersebar di 8 kecamatan yang ada di Kabupaten Simeulue. Memang tidak bisa dipungkiri bahwa anggaran untuk pengembangan sektor kesehatan masih sangat kurang sekali hal tersebut dikarenakan masih terbatasnya PAD yang ada. Kemampuan perencanaan daerah sangat dipengaruhi oleh sistem pembiayaan daerah terutama anggaran yang bersumber dari APBD

Kabupaten. Meskipun sudah dijelaskan dalam hasil penelitian yang menyatakan bahwa dukungan terhadap program kesehatan sudah ada namun lebih mengarah pada infrastruktur.

Berbicara sumber-sumber anggaran tidak terlepas dari anggaran APBD yang diproses melalui mekanisme anggaran tingkat eksekutif maupun legislatif. Anggaran yang diusulkan tertuang didalam usulan merupakan informasi perencanaan anggaran terdokumentasi secara jelas dan tegas yang menyatakan nominal anggaran, sumber anggaran, fungsi anggaran, pelaksanaan anggaran dan penetapan anggaran. Serta jumlah anggaran yang ada di Kabupaten Simeulue pasca bencana. Hal ini menunjukkan bahwa anggaran yang berasal dari APBD masih sangat rendah banyak faktor yang mempengaruhi proses perencanaan daerah. Meskipun perencanaan yang diusulkan sudah cukup baik akan tetapi tetap tidak mempengaruhi untuk menaikkan jumlah anggaran yang diusulkan oleh Dinas kesehatan. Hal ini sangat didukung dari hasil penelitian Darmawan yang menyatakan bahwa pada tingkat pemberian besaran nominal rupiah yang diperlukan dipengaruhi oleh RKA-SKPD sebagai satu-satunya sumber informasi yang dapat memberikan besaran pengalokasian APBD.

Keterbatasan anggaran APBD inilah yang menjadi salah satu kendala usulan program yang bersumber APBD menjadi rendah di Kabupaten Simeulue. Penelitian yang mendukung dari pelaksanaan anggaran APBD diperkuat oleh penelitian Devas (1989), memperlihatkan adanya ketergantungan daerah terhadap pusat sangat dominan. Kendati sejumlah upaya telah dilakukan (pada level kebijaksanaan) untuk meningkatkan kemampuan keuangan daerah, namun penerimaan dari PAD tetap rendah. Hal ini dikarenakan sumber-sumber pendapatan yang disentralisasikan kepada daerah tergolong kurang menguntungkan.

Dana pusat seperti halnya APBN dan BBR dalam kurun waktu tiga tahun terakhir cukup signifikan sekali untuk mendukung pendanaan daerah dalam peningkatan pelayanan dan perbaikan sarana prasarana kesehatan di

Kabupaten Simeulue. Implementasi dana BRR sangat mendukung sekali di Kabupaten Simeulue terutama dalam pembangunan puskesmas baru. Hanya saja program dari dana BRR ini lebih terfokus pada pengembangan fisik bukan pada peningkatan program kesehatan masyarakat.

Begitu juga bentuk implementasi dana pusat melalui dana dekonsentrasi didalam ketentuan pelaksanaan telah diatur sebagaimana mestinya. Mekanisme pelaksanaan terhadap anggaran dekonsentrasi ini sangat sulit untuk melakukan kontrol terhadap penggunaan dana tersebut. Selama ini dekonsentrasi yang masuk kedinas-dinas tertentu terhadap Kabupaten Simeulue cukup besar. Bahkan untuk satu dinas bisa mencapai puluhan milyar. Di Kabupaten Simeulue, kucuran dana cukup besar baik dari dekonsentrasi, dana perimbangan, dana alokasi umum serta dana alokasi khusus. Jika dana yang cukup besar tersebut dilakukan dengan pengelolaan dengan benar dan profesional tentu akan mendapatkan manfaat yang besar bagi masyarakat.

Dipihak lain anggaran untuk kesehatan memang selama ini belum mendapat porsi yang baik, ini disebabkan karena ada anggapan bahwa sektor kesehatan belum mampu memberikan kontribusi untuk pendapatan daerah. Hal ini sesuai dengan penelitian Trisnantoro (2002), menyatakan sektor kesehatan selama ini dipandang sebagai sektor yang konsumtif dengan indikator keberhasilan program yang sulit terukur, akibatnya dana cenderung lebih besar pada kegiatan fisik dan administrasi.

## **B. Usulan Anggaran Kesehatan**

### **1. Proyeksi Kebutuhan Operasional Kesehatan Pasca Bencana**

Hasil *cross-check* data dokumen terhadap anggaran yang ada berkaitan dengan alokasi anggaran terlihat bahwa prioritas pembangunan masih berorientasi pada pembangunan sarana dan prasarana fisik . Sedangkan pada pengembangan proyeksi kedepan untuk Kabupaten Simeulue lebih ditekankan pada peningkatan anggaran operasional yang

lebih besar. Anggaran operasional yang di Kabupaten Simeulue untuk saat ini masih sangat kecil sekali baik untuk dinas kesehatan maupun untuk lini pelayanan dasar yang ada. Peningkatan pelayanan puskesmas yang sudah dibangun baru sangat mempengaruhi anggaran operasional puskesmas.

Hasil *cross-check* Sebelum bencana anggaran rutin yang ada masih relatif kecil sekali, hal tersebut disebabkan karena dalam penetapan plafon anggaran lebih kepada prioritas fisik, pembahasan anggaran yang lebih berperan dipanitia anggaran baik pangar eksekutif maupun legislatif. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman panggar eksekutif dan legislatif terhadap anggaran operasional rutin dianggap masih kebutuhan yang biasa-biasa saja (seperti ATK, fotokopian, penggandaan). Disamping itu juga kelemahan dari tim perencanaan dinas dalam memperjuangkan usulan puskesmas yang tidak didukung dengan data base yang valid yang dapat memperkuat anggaran tersebut dapat diterima.

Proyeksi anggaran kedepan ini diperlukan agar kebutuhan operasional dimasing-masing unit sarana kesehatan sudah dapat tergambar dengan baik. Anggaran yang sudah berjalan selama ini dirasakan masih kurang sekali baik puskesmas dan dinas dimasing-masing subdin. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain banyaknya kegiatan yang tidak terakomodir, masih rendah pengetahuan tim perencanaan dimasing program baik puskesmas maupun di dinas ditambah lagi belum maksimalnya advokasi tim perencana di level Dinas kesehatan.

Kurangnya tingkat pemahaman panggar eksekutif dan legislatif dalam mengalokasikan anggaran APBD dimana dalam pengalokasian anggaran pada setiap dinas belum didasarkan pada kebutuhan dinas yang bersangkutan. Proyeksi ini sangat sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa untuk melihat komitmen pemda di sektor kesehatan adalah dengan melihat besaran anggaran yang dialokasikan untuk membiayai program kesehatan, namun dalam kenyataan anggaran

kesehatan relatif kecil meskipun bukan termasuk untuk pengeluaran rutin dan gaji pegawai Dwiyanto, (2003).

Berbicara proyeksi anggaran kesehatan kedepan di Kabupaten Simeulue tidak terlepas dari komitmen pemda baik eksekutif dan legislatif dalam memperjuangkan anggaran operasional bidang kesehatan baik untuk dinas kesehatan, RSUD maupun puskesmas harus lebih objektif dan lebih terukur dengan jelas alur pembiayaan kesehatan yang akan dipergunakan. Pemerintah daerah lebih banyak mengalokasikan anggaran untuk kegiatan investasi dibandingkan dengan kegiatan yang langsung menyetuh kemasayarakat dan adanya kekhawtiran bahwa alokasi anggaran untuk Kabupaten Simeulue tidak mencukupi. Oleh karena itu peneliti membuat suatu analisa proyeksi kebutuhan operasional untuk bidang kesehatan agar perjalanan pasca bencana yang didukung dengan kebijakan Otonomi Khusus Aceh semakin terarah, bermanfaat dan tepat pada sasarannya.

Terbatasnya kemampuan SDM perencana dinas kesehatan dalam menyakinkan eksekutif tentang pentingnya pengalokasian anggaran untuk program dan kegiatan-kegiatan tersebut. Hal ini disadari bahwa masih besarnya ketergantungan terhadap anggaran pusat akibat dari pasca bencana tsunami. sehingga dengan adanya proyeksi anggaran pemerintah daerah Kabupaten Simeulue sudah semakin fokus terhadap peningkatan pelayanan kesehatan daerah. Peningkatan SDM anggaran memang sudah tersedia dalam proyeksi kebutuhan lima tahun kedepan, Akan tetapi kenaikan anggaran yang ada masih sangat terbatas, hal ini disebabkan prioritas proyeksi untuk bidang kesehatan lima tahun kedepan lebih terfokus peningkatan operasional pada pelayanan tingkat dasar di delapan kecamatan di Kabupaten Simeulue. Secara kuantitas SDM yang ada sudah terpenuhi, akan tetapi jika dilihat dari kualitas SDM terhadap pemahaman proyeksi operasional anggaran masih sangat kurang dan terbatas sekali.

Peningkatan kualitas SDM didukung oleh penelitian Widodo (2002), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan positif antara peningkatan pengetahuan perencanaan dengan mutu yang direncanakan. Data SDM Dinas Kesehatan dengan jumlah yang berpendidikan S2 ada 1 orang, untuk S1 ada sebanyak 11 orang, untuk D3 sebanyak 4 orang serta untuk setingkat SLTA sederajat sebanyak 16 orang. Dilihat dari yang pernah mengikuti pelatihan perencanaan penganggara terpadu berbasis wilayah ataupun juga pelatihan tentang sistem perencanaan dan penyusunan program sangat minim sekali hanya 1 orang. Berdasarkan kendala inilah dapat disimpulkan SDM Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue masih terbatas dalam hal pengembangan diklat teknis perencanaan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan adanya pengaruh kemampuan advokasi yang dilakukan intansi dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue terhadap besaran alokasi dana khususnya bidang kesehatan seperti diungkapkan oleh dua orang informan, namun ada tanggapan dari informan lain tidak ada intervensi dalam penyusunan proyeksi anggaran dan belum tentu juga terjadinya perubahan terhadap proyeksi anggaran bidang kesehatan namun hal itu masih dimungkinkan. Banyak faktor untuk menyusun proyeksi anggaran kesehatan di Kabupaten Simeulue pasca bencana yang memang belum dapat diukur dalam kurun waktu hanya lima tahun.

Menurut Darmawan perlu adanya advokasi kepada aparat pemerintah baik dari tingkat desa, kecamatan sampai dengan DPRD agar kesadaran akan kebutuhan pembangunan kesehatan khususnya peningkatan dana operasional untuk RSUD dan Puskesmas. Oleh karena itu dalam proyeksi beberapa tahun kedepan diharapkan anggaran akan semakin meningkat di Kabupaten Simeulue. Disamping itu juga berkaitan dengan kebutuhan proyeksi anggaran operasional Dinas Kesehatan, RSUD dan Puskesmas beberapa tahun kedepan tidak terlepas juga skala prioritas masalah anggaran pasca bencana Tsunami Aceh. Dasar penentuan skala prioritas

karena merupakan cara untuk menjamin dan mendukung kewenangan untuk penyelenggaraan pelayanan oleh Kabupaten Simeulue yang harus mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM), Rencana Strategis (renstra) dan hasil musrenbang kabupaten. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Gani (1998), menyatakan bahwa program-program kesehatan yang dilaksanakan berkembang atas dasar daftar masalah kesehatan yang ada. Dalam keadaan pembiayaan yang terbatas, penting sekali untuk menetapkan prioritas masalah yang ada di Kabupaten Simeulue.

## **2. Kecukupan Anggaran untuk Kesehatan di Kabupaten Simeulue**

Alokasi pembiayaan bidang kesehatan di Kabupaten Simeulue dari tahun 2001-2007 ternyata masih dipengaruhi struktur belanja daerah. Hal ini terlihat dari alokasi anggaran dibagian belanja aparatur yang lebih besar baik pra bencana maupun pasca bencana. Hal tersebut merefleksikan bahwa perubahan penggunaan alokasi anggaran yang bergeser dari aparatur kepublik pasca bencana yang lebih besar. Besarnya alokasi anggaran kesehatan tidak terlepas dari besar kecilnya PAD kabupaten. Dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal, pmda Kabupaten Simeulue pasca bencana diharapkan memiliki kemandirian yang sangat besar dalam keuangan daerah meskipun ketergantungan atas dana pusat tidak bisa terlepas satu sama lain. Oleh karena itu peran PAD sangat mempengaruhi kinerja keuangan Kabupaten Simeulue. Hasil penelitian sangat jelas sekali berdampak besar pasca bencana. Ada bantuan NGO seperti BRR juga masih sangat dibutuhkan terutama pada perbaikan sarana prasarana pelayanan. Semakin besar sumbangan PAD kepada APBD akan menunjukkan semakin kecil ketergantungan daerah kepada pusat. Berbeda dengan Kabupaten Simeulue pasca bencana Tsunami besar ataupun kecil PAD Kabupaten Simeulue beberapa tahun kedepan belum bisa lepas ketergantungan terhadap pusat. Hal ini disebabkan bahwa persoalan Kabupaten Simeulue kompleksitasnya cukup tinggi sehingga banyak sektor yang harus dilibatkan beberapa tahun

terakhir, bukan hanya SDM, tetapi sumber-sumber pendanaan luarpun seperti NGO sangat diharapkan untuk meningkatkan kualitas program kesehatan.

Anggaran untuk kegiatan perencanaan dan advokasi serta lobby masih sangat kurang ini dapat dilihat dari hasil *cross-check* dokumen sekunder yang dirasakan secara kualitas masih sangat terbatas. Telihat jelas bahwa dana yang dialokasikan untuk kegiatan dinas kesehatan masih sangat kurang terutama pasca bencana yang ada. Selain itu juga dilapangan dalam penguatan terhadap advokasi anggaran belum begitu mampu meyakinkan Bappeda tentang pentingnya pengalokasian perencanaan pasca bencana yang terjadi.

Pasca bencana sebagian besar data perlu pembenahan, sebab kualitas sumber data yang ada masih rendah. Hal ini dimungkinkan karena belum adanya tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk mengola data dengan baik, memungkinkan perencanaan dan usulan anggaran tidak melalui proses analisis sehingga cenderung mempengaruhi SDM perencana dalam melakukan perencanaan anggaran serta negoiasi dan argumentasi anggaran kepada eksekutif. Hal ini sesuai dengan penelitian Trisnantoro (2005), menunjukan bahwa tanpa adanya data maka sangat sulit untuk meyakinkan eksekutif maupun legislatif tentang perlunya alokasi anggaran kesehatan.

Berdasarkan PAD jelas Kabupaten Simeulue masih sangat rendah dan terbatas dari ketercukupan anggaran yang dibutuhkan, Akan tetapi dilihat dari data proyeksi yang diusulkan justru untuk masing-masing bidang kesehatan sudah menunjukkan peningkatan meskipun dalam ukuran penyampaian perhitungan kebutuhan anggaran masih kurang realistik. Pasca bencana membawa perubahan yang besar terhadap pelaksanaan anggaran. Dengan PAD yang kecil ini menunjukkan gambaran bahwa Kabupaten Simeulue memilikinerja fiskal masih kurang. Satu hal yang perlu dicatat adalah peningkatan PAD bukan berarti harus berlomba-lomba

membuat pajak-pajak baru daerah, tetapi pada upaya pemanfaatan potensi daerah secara optimal.

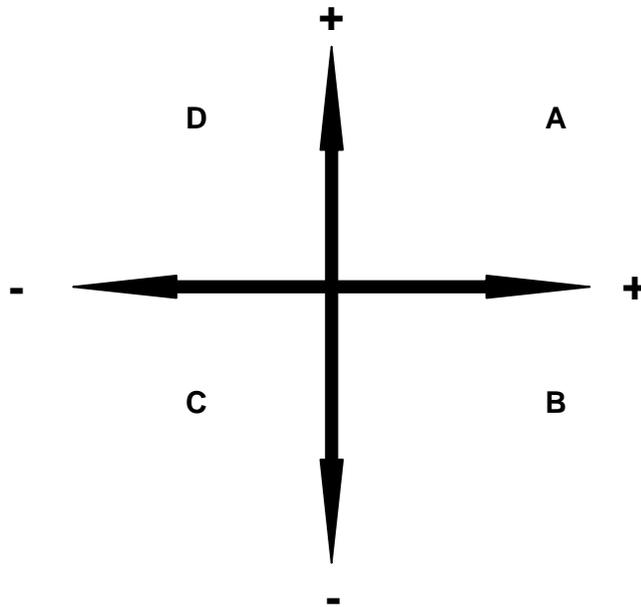
Dukungan anggaran yang dibutuhkan selain dari dana pusat, yang terpenting adalah anggaran Otonomi Khusus Aceh untuk meningkatkan program yang menyetuh kepada masyarakat serta membenahan program yang ada. Langkah yang penting yang harus dilakukan pemda Kabupaten Simeulue untuk meningkatkan penerimaan daerah adalah menghitung potensi riil yang dimiliki daerah. Secara keseluruhan untuk anggaran bidang Kesehatan Kabupaten Simeulue masih sangat lemah dikarenakan peningkatan PAD dimana sektor-sektor perkebunan dan pertanian dan sektor pengembangan industri menengah kecil masih sangat terbatas.

Diperlukan tim yang cukup solid yang didukung dengan SDM yang memahami anggaran perencanaan yang ada .Hal ini sesuai dengan penelitian Hill (1997), yang menyatakan tentunya kurang menggembirakan dalam pengembangan perencanaan karena secara implisit menggambarkan tingginya tingkat ketergantungan terhadap pusat. Berdasarkan data sekunder terlihat beberapa tahun terakhir 2001-2007 terlihat peranan dana perimbangan dalam APBD cukup besar, sebelum dan sesudah bencana tsunami. Nampak bahwa DAU merupakan pos dana perimbangan yang sangat besar.

Tinggi ketergantungan terhadap fiskal daerah Kabupaten Simuelue disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: tingginya derajat sentralisasi dalam bidang perpajakan. Kedua, walaupun pajak daerah cukup beragam , ternyata hanya sedikit yang diandalkan sebagai sumber penerimaan daerah.

### 3. Exit Strategi Pasca BRR

#### a. Skenario Penganggaran Sektor Kesehatan Kabupaten Simeulue



**Gambar 3. Berbagai Kemungkinan Sistem Otonomi Khusus Sektor Kesehatan Kabupaten Simeulue**

Berbagai kemungkinan Skenario Penganggaran sektor kesehatan di Kabupaten Simeulue pasca bencana sebagai berikut:

##### 1). *Skenario A*

Anggaran sektor kesehatan di Kabupaten Simeulue baik belanja modal maupun operasional berjalan dengan baik apabila sumber anggarannya sepenuhnya berasal dari APBN, APBD dan Dana Otonomi Khusus besar, ditambah lagi dengan tingkat ekonomi masyarakat yang tinggi. (UU No 33 / tahun 2004). Berdasarkan UU Nomor 33/tahun 2004, jika belanja modal maupun operasional yang bersumber dari APBN dan APBD tidak terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, maka pemerintah daerah dapat mencari sumber pembiayaan dari sektor lain.

## 2). *Skenario B*

Anggaran sektor kesehatan baik modal maupun operasional masih terpenuhi dan kegiatan masih dapat berjalan, walaupun sumber anggaran yang berasal dari APBN yang sedikit dan Dana Otonomi Khusus tidak tersedia. Kosekuensinya kegiatan lebih diutamakan pada peningkatan anggaran APBD yang lebih besar. Diperlukan kemandirian daerah dalam mengembangkan PAD melalui pengembangan investasi daerah disektor perdagangan, perkebunan dan kelautan. Sehingga kegiatan horizontal akan lebih maksimal, hal ini sesuai dengan salah satu pendapat yang menyatakan bahwa kegiatan yang tidak maksimal atau kegiatan hanya terfokus kepada program prioritas (Halim, 2004).

## 3). *Skenario C*

Skenario ini merupakan skenario yang terburuk dimana anggaran sektor kesehatan baik belanja modal maupun operasional dari berbagai sumber (APBN, APBD, dan Dana Otonomi Khusus) tidak tersedia atau anggaran yang tersedia sangat kurang, serta kemampuan ekonomi masyarakat sangat lemah sehingga semua sistim kesehatan menjadi gulung tikar dan desentralisasi tidak berjalan. Keadaan ini akan semakin sulit dimana bantuan pihak luar tidak dapat memberikan bantuannya dalam rangka pelaksanaan pembangunan sektor kesehatan.

## 4). *Skenario D*

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat pokok, maka pemerintah daerah walaupun dengan kemampuan anggaran yang sangat terbatas, terutama minimnya APBD, namun dengan dukungan sumber dana APBN dan dana Otonomi Khusus Aceh yang besar, maka anggaran modal dan operasional pasca bencana kesehatan Kabupaten Simeulue dapat terpenuhi.

Untuk pemulihannya dibutuhkan waktu yang panjang sehingga mengembalikan stabilitas ekonomi masyarakat, dengan berbagai cara wajib

mengupayakan agar anggaran sektor kesehatan tetap tersedia terutama pada prioritas program. Pemerintah daerah mempunyai wewenang untuk mengatur daerahnya sendiri sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. (UU Nomor 32 / tahun 2004).

Berdasarkan pemetaan masalah dalam menentukan penganggaran yang ada di Kabupaten Simeulue dapat kita lihat dari potensi PAD kabupaten masih sangat rendah dan bantuan dana operasional pasca bencana sangat kecil lebih berorientasi pada pengembangan infrastruktur dalam masa transisi rekonstruksi pasca bencana dan tsunami. Begitu juga sebaliknya program-program yang bersumber APBN baik dana Dekonsentrasi dan dana Alokasi Khusus Daerah.

Proses pemetaan permasalahan terhadap pengembangan daerah di Kabupaten Simeulue masa rekonstruksi sangat rentan terhadap masalah yang menyangkut perkembangan pembangunan daerah pasca bencana, baik program yang sudah berjalan sampai saat ini. Oleh karena itu program yang akan disusun kedepan sebagai proyeksi pembangunan kesehatan daerah melalui kebijakan Otonomi Khusus Aceh.

Berdasarkan pemetaan masalah perencanaan dan penganggaran daerah Kabupaten Simeulue masuk dalam kategori D, dimana posisi tersebut lebih melihat potensi yang ada di Kabupaten Simelue yang masih sangat lemah, sehingga perlu optimalisasi terhadap investasi pengembangan daerah.

Dukungan APBN dan Dana Otonomi Khusus yang besar dengan tahapan jangka waktu yang panjang, ini merupakan suatu langkah awal perbaikan stabilitas ekonomi masyarakat yang ditunjang dengan peningkatan stabilitas kesehatan daerah yang lebih baik untuk masa yang akan datang.

Berdasarkan kondisi yang ada dalam pemetaan Kabupaten Simeulue menunjukkan bahwa potensi PAD yang sudah berjalan selama ini masih

sangat kurang. Orientasi pengembangan kesehatan lebih mengarah kepada infrastruktur karena transisi pasca bencana untuk pemulihan ekonomi daerah. Pendapatan Asli Daerah (PAD) Kabupaten Simeulue kecil sekali, sebaliknya dana perimbangan yang terdiri dari DAU, serta DAK sangat besar porsinya. Kecilnya PAD dari total APBD menurut peneliti belum tergalinya potensi PAD Kabupaten Simeulue 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 daerah tidak menganut proporsi anggaran berdasarkan setoran PAD tetap mengacu kepada anggaran berbasis kinerja sesuai Kepmendagri No. 29/29/2002 dan Permendagri No. 13/2004.

Konsep skenario untuk Pemerintah Daerah Kabupaten Simeulue pasca bencana masuk dalam skenario yang paling terendah (skenario D) baik kapasitas PAD yang belum maksimal harus mendapatkan dukungan yang besar baik dari pusat dan Dana Otonomi Khusus, untuk itu diperlukan peran loby dan advokasi dalam menyusun anggaran agar lebih akutabilitas, transparan, efektif dan efisien.

Berdasarkan pemetaan skenario D, maka pemerintah daerah Kabupaten Simeulue mempunyai tugas yang besar, baik lembaga eksekutif maupun lembaga legislatif dalam meningkatkan Anggaran daerah baik yang bersumber dari APBD dan dukungan dana-dana pusat terhadap pengembangan program horizontal maupun program vertikal. Dana Alokasi Khusus Aceh merupakan satu kekuatan dan peluang untuk mendukung skenario yang semula D setidaknya dengan adanya perlakuan Otonomi Khusus anggaran yang tersedia dapat dioptimalkan pengelolaan baik dalam bentuk penguasaan program kesehatan, pengaturan anggaran proyeksi agar untuk jangka waktu 20 tahun kedepan, sehingga anggaran proyeksi yang dibuat dengan dukungan dana Otonomi Khusus dapat meningkatkan Status skenario D menjadi skenario B, yang akhirnya dapat mendongkrak keterpurukan anggaran daerah akibat dari bencana tsunami yang terjadi.

Salah satu upaya jangka panjang pengembangan skenario B untuk Kabupaten Simeulue adalah melalui pemanfaatan potensi-potensi daerah yang selama ini belum tergali secara maksimal seperti: pemberdayaan pertanian, Perkebunan dan kelautan. Disamping itu juga diperlukan peningkatan SDM yang professional dimasing-masing bidang teknis terkait melalui peningkatan Tugas Belajar dan Izin Belajar penjenjangan dengan memanfaatkan dan mengalokasikan Anggaran otonomi khusus Aceh untuk pengembangan SDM Kabupaten Simeulue. Optimalisasi sektor kelautan juga merupakan suatu upaya exit strategi yang selama ini belum dikelola dengan baik. Sektor kesehatan sangat diperlukan upaya peningkatan program horizontal melalui swakelola program masyarakat dengan kaderisasi serta optimalisasi pengelolaan puskesmas dan pustu, melalui otonomi penuh pengelolaan program horizontal baik yang bersifat rutin maupun program yang bersifat operasional.

#### **b. Respon dalam Penanganan Pasca Bencana**

Dengan melihat respon penanganan pasca bencana yang terjadi, maka perlu segera dilakukan upaya perbaikan yang bersifat *exit strategy*, sehingga dalam penangan setiap bencana, daerah sudah memiliki sistem atau ketahanan yang kuat. Menurut Morgan and Macias (2004), Exit Strategi bertujuan untuk mengantisipasi agar suatu program yang sudah berjalan di suatu wilayah tidak berdampak buruk terhadap daerah apabila program tersebut berakhir.

##### *1) Exit Strategi tahap awal*

Pemerintah Daerah Kabupaten Simeulue segera membuat regulasi dalam bentuk peraturan (Qanun) atau kebijakan daerah tentang pemanfaatan dana otonomi khusus Aceh berdasarkan program prioritas daerah. Hal ini sangat penting untuk dilakukan mengingat dana otonomi

khusus Aceh tersebut jumlahnya besar tetapi waktunya sudah dibatasi selama 20 tahun.

## 2) *Exit Strategi tahap implementasi*

Pemerintah Daerah Kabupaten Simeulue harus melakukan pemberdayaan masyarakat melalui lembaga swasta yang ada di daerah, sehingga dengan melakukan mitra tersebut kemandirian daerah dan masyarakat akan tumbuh dengan baik. Pemberdayaan masyarakat selama ini memang sudah berjalan, namun kelihatannya masih diperlukan pembinaan-pembinaan baik secara teknis maupun dari segi pengelolaannya. Peran tersebut tentunya yang menjadi aktor adalah dinas terkait yang ada di daerah.

Potensi daerah memegang peranan penting dalam kemandirian daerah, baik itu Sumber Daya Manusia (SDM) maupun Sumber Daya Alam (SDA), oleh karena itu diperlukan penggalan dan pemanfaatan secara maksimal sehingga kemandirian daerah tersebut bisa dicapai. Selama ini di Kabupaten Simeulue potensi tersebut belum dikelola dengan baik.

## 3) *Exit Strategi Monitoring dan Evaluasi*

Kebijakan program yang sudah berjalan perlu dilakukan evaluasi untuk melihat aplikasi suatu pembinaan dan pola-pola kemitraan yang ada. Pemantuan terhadap Exit Strategi pasca bencana perlu dilihat waktu dan proses kegiatan yang sudah berjalan seperti dampak bantuan pemerintah pusat yang sudah berjalan dan bantuan BRR yang sudah berakhir. Indikator proses dari suatu program yang telah dituangkan dalam rencana strategis kebijakan pemerintah ini menjadi perbaikan untuk melakukan pendekatan pemberdayaan masyarakat. Jika program yang sudah berjalan terus didukung atau diperbaiki program akan berakhir.

Hasil evaluasi kebijakan yang ada diperlukan relevansi aktivitas masyarakat yang ada perlu dilanjutkan didalam bentuk yang sudah disesuaikan. Sistem yang berkembang perlu dilanjutkan agar program pasca

bencana di Kabupaten Simeulue dapat diefektifkan sedemikian rupa. Dampak Exit Strategi yang sudah ada perlu adanya isu-isu untuk merencanakan darurat bencana dari berbagai skenario pembiayaan yang sudah ada. Perlu dilakukan pelatihan lembaga pemberdayaan untuk melihat antara aktivitas program yang dibuat dengan Exit Strategi aktivitas. Exit Strategi yang dievaluasi memerlukan pemikiran yang holistic, termasuk untuk melakukan pemeliharaan aset pelayanan kesehatan, kapasitas bangunan dari kelompok masyarakat lokal. Evaluasi kebijakan Exit Strategi tidak terlepas juga peran dari komitmen politik pemerintah daerah. Pengembangan proyek dan program kesehatan perlu dilakukan pola-pola zigzag dari masyarakat lokal atau aktivitas untuk mengukur kemampuan stakeholders lainnya dari exit strategi.

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

### **1. Kesimpulan**

- 1) Sumber pendanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue masih sangat tergantung pada anggaran pusat dan BLN, sedangkan anggaran daerah masih kurang.
- 2) Tingkat pemahaman SDM kesehatan mengenai anggaran kesehatan pasca bencana sudah baik, karena secara kuantitas tingkat pendidikan sudah memadai untuk sebuah daerah pemekaran.
- 3) Proyeksi kebutuhan operasional untuk kesehatan di Kabupaten Simeulue masih sangat kurang, anggaran lebih berorientasi pada program fisik ketimbang peningkatan program.
- 4) Ketercukupan anggaran APBD masih kurang dan sangat tergantung kepada pemanfaatan dana pusat dan BRR
- 5) Exit strategi yang ada untuk Kabupaten Simeulue lebih terfokus pada skenario D, menunjukkan PAD kecil serta dukungan anggaran pusat terhadap anggaran program juga sangat terbatas.

### **2. Saran**

- a) Untuk Pemerintah Daerah Kabupaten Simeulue:
  1. Perlu melakukan peningkatan Advocacy dan Lobby di tingkat pusat dan Propinsi dalam upaya memenuhi kebutuhan anggaran operasional kesehatan daerah.
  2. Perlu dilakukan peningkatan Pendapatan Asli Daerah melalui pengembangan investasi sektor Perkebunan, Kelautan, pertanian dan dunia usaha untuk meningkatkan anggaran pembangunan daerah.
- b) Untuk Dinas Kesehatan

Perlu melakukan pola-pola kemitraan dengan pihak swasta dan lembaga dunia usaha serta Lembaga Swadaya Masyarakat partisipatif dalam upaya meningkatkan program kesehatan daerah.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Atiek Heru & Hardianto,D, (2006) *Penganggaran Menggunakan RASK dan Pembiayaan Kesehatan*. Gadjah mada University . Yogyakarta.
2. Abdul Hakim G N, (2005) *“Pedoman advokasi”* Yayasan obor Indonesia. Jakarta.
3. Christina, E., Fuad, M., Sugiarto., & Sukarno, E. (2001) *Anggaran Perusahaan*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
4. Darmawan (2004) *Analisis Alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Dalam Pelaksanaan Desentralisasi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sukabumi*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
5. Deputi Pengawasan Bidang Penyelenggaraan Keuangan Daerah Republik Indonesia (2005) *Pedoman Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja (Revisi)*, Jakarta.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue (2006) Laporan kegiatan tahunan program Kesehatan Kabupaten Simeulue.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue (2006) *Profil Kesehatan Kabupaten Simeulue Tahun 2006*.
8. Durachman (2005) *Analisis Proses Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja Di Dinas Kesehatan Provinsi Jambi*, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
9. Dwiyanto, A. (2003) *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah* Jogjakarta:PSKK-UGM.
10. Dwi, C, (2005) *Otonomi Daerah Dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo*, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
11. Gani, (2001) *Alternatif Pembiayaan Kesehatan dalam Era Otonomi Daerah*. Makalah Seminar Pembiayaan Sektor Kesehatan ditingkat Kabupaten/Kota dalam Era Otonomi Daerah. Universitas Indonesia, Jakarta.

12. Harbianto, Trisnantoro L. (2004) *Desentralisasi pembiayaan kesehatan dan teknik alokasi anggaran* . Paper pada seminar nasional " Tiga tahun desentralisasi kesehatan di Indonesia "
13. Hansen & Mowen, (1999). *Akuntansi Manajemen*. Penerbit Erlangga
14. Indra,B.,(2006). *Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintahan Daerah di Indonseia*, Penerbit Salemba Empat, Jakarta.
15. Ipa,A,. (2000) *Studi Kasus Penggunaan Indikator Kinerja Berbagai Organisasi Pelayanan Kesehatan Pemerintah*, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
16. Joni Warta, S.,(2005) *Respon Pemerintah Daerah Provinsi Jambi Terhadap Kebijakan Desentralisasi Di Sektor Kesehatan*, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
17. Khusaini (2006) *Ekonomi Publik: Desentralisasi Fiskal dan Pembangunan Daerah*. BPFU Unibraw. Malang
18. Kumantoro, W., & Purwanto, A.E.(Ed) (2005) *Anggaran Berbasis Kinerja Konsep dan Aplikasinya*. MAP-UGM Yogyakarta.
19. Koontz, H., Donnell, O.C., & Wehrich, H (1995) *Manajemen*. Erlangga. Jakarta.
20. Mardiasmo,DKK, (2005) *Akuntansi Sektor Publik*, Yogyakarta;Andi Press.
21. Mils, A,. & L. (1990) *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Berkembang*. Dian Rakyat. Jakarta.
22. Moven H (2003). *Management in accounting*. Ohio: Von Hoffman Press.
23. Muhammad, K, (2006) *Ekonomi Publik; Desentralisasi Fiskal dan Pembangunan Daerah*, BPFU UNIBRAW, Malang.
24. Munandar, M. (2000) *Budgeting Perencanaan Kerja Pengkoordinasian Kerja dan Pengawasan Kerja*. BPFU. Yogyakarta.
25. Munaya, F. (2003) *Bencana Alam Perlindungan Masyarakat*. Penerbit buku Kedokteran EGC, Jakarta
26. Notoatmodjo, S (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*" Penerbit Reineka Cipta. Jakarta

27. O' Quinn. L., (1999) *Financial Management For Chapters; A Leader's Guide*. Project Coordinator.
28. Parsan, (2005) *Analisis Kesiapan Dinas Kesehatan dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan di Kabupaten Muka Provinsi Sulawesi Tenggara pada Era Desentralisasi*. Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
29. PMPK & WHO (2006) *Modul Workshop Manajemen Bencana di Sektor Kesehatan*
30. Reinke, W.A. (1988). *Health Planning For Effective Management*. Oxford University Press, Inc.
31. Richard M. Bird, (2000) *Desentralisasi Fiskal di Negara-Negara berkembang*
32. Rogers and Macias, (2004) *Graduation and Exit Strategies Program*.
33. Rondinelli, D.A and Chema., (1983) *Decentralizations in Developing Countries*. Washington DC, World Bank.
34. Robert W. Hankin, Judith S. Baker, (2004) *Management Accounting For Health Care Organizations*. By Jones And Bartlett Publishers.
35. Subarsono (2005) *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*, Yogyakarta; Pustaka Pelajar.
36. Trisnantoro, L. (2005). *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintahan 2001-2003: Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
37. Trisnantoro, L. (2005) *Desentralisasi Kesehatan: Defenisi dan Tinjauan Sejarah Indonesia*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
38. Weissman, E, Sentumbwe-Mugesha, Mbonye, Issner, C., (1997) *Costing Safe Motherhood in Uganda*. Uganda Ministry Of Health Kampala.
39. Wyss. K, Lorenz. N. (2000) *Decentralization And Central And Regional Coordination Of Health Services: The Case Of Switzerland*. Int. J. Health Planning and Management. 15; 103-114

Lampiran: 1

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)

---

Untuk penelitian dengan judul:

ANALISIS ANGGARAN KESEHATAN PASCABENCANA  
DI KABUPATEN SIMEULUE PROVINSI NANGGROE ACEH DARUSSALAM

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Umur :  
Jabatan :  
Instansi :  
Pendidikan :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi subjek penelitian yang dilakukan oleh Asludin dari Minat Utama Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga.

Sinabang,.....2007

Responden

= \_=

Lampiran: 2

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Analisis anggaran kesehatan pasca bencana  
Di Kabupaten Simeulue Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Responden: Stakeholder pemda, Ketua Bappeda, Kadinkes, Direktur RSU,  
Ka.District BRR, Kasubdin program dinkes, Kepala  
puskesmas.

Nomor Responden								
Instansi								
Kegiatan	Wawancara terbuka							
Tanggal wawancara								

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

### A. Untuk kepala puskesmas

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana tanggapan Bapak/Ibu tentang anggaran prabencana dan pascabencana?	
Berapa jumlah rata-rata anggaran yang Bapak/Ibu terima setiap tahun pada saat prabencana	
Setelah bencana, berapa anggaran yang Bapak/Ibu terima rata-rata pertahun ?	
Sebelum bencana, berapa persentase anggaran untuk operasional/rutin dan berapa untuk publik ?	
Dari sumber manasaja anggaran yang Bapak/Ibu terima pascabencana ?	
Bagaimana Bapak/Ibu mendapatkan anggaran pascabencana ?	
Dalam bentuk apa saja bantuan yang diberikan pada saat pascabencana ?	
Menurut Bapak/Ibu, apakah anggaran pascabencana sudah sesuai dengan kebutuhan ?	
Menurut Bapak/Ibu bagaimana seharusnya mekanisme pengalokasian anggaran untuk puskesmas ?	
Berapa kebutuhan anggaran ideal yang seharusnya Bapak/Ibu terima setiap tahun dan berapa yang minimal ?	
Menurut Bapak/Ibu apakah biaya operasional sudah mencukupi pada saat ini ?	
Menurut Bapak/Ibu, jika anggaran sangat terbatas apa upaya yang harus dilakukan ?	

Nomor Responden								
Instansi								
Kegiatan	Wawancara terbuka							
Tanggal wawancara								

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

**B. Untuk Kasubdin program Dinkes**

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana tanggapan Bapak/Ibu tentang anggaran kesehatan prabencana dan pascabencana	
Berapa alokasi dana yang tersedia pascabencana ?	
Menurut Bapak/Ibu apakah ada perbedaan jumlah anggaran antara prabencana dan pasca bencana ?	
Jika ada perbedaan kira-kira berapa persen ?	
Darimana saja sumber-sumber anggaran pascabencana yang tersedia saat ini ?	
Bagaimanakah proses anggaran pascabencana diperoleh ?	

Untuk alokasi kegiatan apasaja anggaran pascabencana tersebut?	
Menurut Bapak/Ibu apakah anggaran pascabencana yang ada saat ini sudah sesuai dengan kebutuhan ?	
Bagaimana tanggapan Bapak/Ibu jika anggaran tidak tersedia atau kurang ?	
Menurut Bapak/Ibu langkah-langkah apa saja yang harus dilakukan dalam menyikapi kekurangan anggaran ?	
Menurut Bapak/Ibu apakah anggaran yang tersedia saat ini sudah memenuhi kebutuhan ril ?	
Menurut Bapak/Ibu berapa kebutuhan anggaran minimal untuk satu tahun kegiatan ?	
Menurut Bapak/Ibu kendala apasaja yang sering terjadi pada saat pengajuan anggaran ?	
Menurut Bapak/Ibu apakah realisasi anggaran yang diterima sudah sesuai dengan yang diajukan ?	

Nomor Responden								
Instansi								
Kegiatan	Wawancara terbuka							
Tanggal wawancara								

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

### C. Untuk Kepala Dinas Kesehatan

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana tanggapan Bapak tentang anggaran yang tersedia saat ini ?	
Dari sumber manasaja anggaran untuk sektor kesehatan pada saat ini ?	
Menurut Bapak, apakah anggaran yang ada saat ini sudah sesuai dengan kebutuhan Dinas Kesehatan ?	
Strategi apa yang Bapak lakukan untuk memperolah anggaran untuk kesehatan ?	
Dari anggaran yang tersedia saat ini, digunakan untuk alokasi kegiatan apasaja ?	
Menurut Bapak, apakah ada pemisahan antara alokasi dana belanja operasional dan publik?	

Lanjutan untuk kadinkes

Menurut Bapak, jika anggaran terbatas, strategi apa yang Bapak lakukan ?	
Menurut Bapak, bagaimana komitmen Pemda jika sektor kesehatan mengalami kekurangan anggaran ?	
Menurut Bapak, apakah anggaran yang tersedia saat ini sudah sesuai dengan kebutuhan?	
Menurut Bapak, apakah proses anggaran yang dilakukan saat ini sudah berpedoman kepada mekanisme penyusunan anggaran ?	
Menurut Bapak, apakah realisasi anggaran sudah sesuai dengan yang diajukan ?	
Menurut Bapak, apakah alternatif yang dilakukan bila anggaran tidak tersedia sesuai dengan kebutuhan ?	
Menurut Bapak, langkah apasaja yang dilakukan agar kegiatan sektor kesehatan tetap berjalan walaupun anggaran yang tersedia tidak mencukupi ?	

Nomor Responden							
Instansi							
Kegiatan	Wawancara terbuka						
Tanggal wawancara							

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

#### D. Untuk Kepala Bappeda

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana tanggapan Bapak tentang anggaran sektor kesehatan ?	
Menurut Bapak, apakah anggaran untuk sektor kesehatan sudah mempunyai porsi anggaran yang tetap dari tahun ke tahun ?	
Menurut Bapak, apakah pengajuan anggaran oleh dinas kesehatan sudah sesuai dengan porsi yang ditetapkan ?	
Menurut Bapak, apakah semua anggaran sektor kesehatan melalalui mekanisme Bappeda ?	
Menurut Bapak, apakah seluruh anggaran yang diajukan oleh dinas kesehatan semuanya disetujui ?	

Lanjutan untuk kepala Bappeda

Menurut Bapak, jika porsi anggaran untuk sektor kesehatan tidak mencukupi, langkah apa yang harus dilakukan ?	
Menurut Bapak, bagaimana koordinasi dinas kesehatan dengan Bappeda dalam hal penganggaran baik pada saat prabencana dan pascabencana ?	

Nomor Responden								
Instansi								
Kegiatan	Wawancara terbuka							
Tanggal wawancara								

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

#### E. Ketua komisi E DPRA

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana pendapat Bapak, tentang kesehatan ?	
Menurut Bapak, apakah sektor kesehatan menjadi program prioritas dalam pengajuan anggaran ?	
Menurut Bapak, apakah proporsi anggaran yang diberikan untuk sektor kesehatan sudah sesuai ?	
Menurut Bapak, apakah pengajuan anggaran yang diusulkan oleh dinas kesehatan dapat disetujui sesuai dengan yang diajukan ?	
Menurut Bapak, jika anggaran sektor kesehatan mengalami kekurangan, langka apa yang ditempuh ?	

Lanjutan untuk ketua komisi E

Menurut Bapak, sumber alternatif apasaja yang dapat diupayakan agar anggaran sektor kesehatan dapat terpenuhi, apabila dana yang bersumber dari APBN dan donator tidak tersedia ?	
Menurut Bapak, bagaimana kesiapan pemerintah daerah dalam menyikapi dengan berakhirnya bantuan anggaran pascabencana dari berbagai pihak untuk sektor kesehatan ?	
Menurut Bapak, upaya apasaja yang dilakukan oleh komisi E untuk merealisasikan anggaran untuk sektor kesehatan ?	

Nomor Responden							
Instansi							
Kegiatan	Wawancara terbuka						
Tanggal wawancara							

IDENTITAS RESPONDEN	
N a m a	:
U m u r	:..... tahun
Jenis kelamin	: a. L b. P
Pendidikan	: a. SLTA b. Akademi c. S1 d. S2
Jabatan	:
Lama Tugas	:

#### F. BRR Kab.Simeulue

PERTANYAAN	JAWABAN
Bagaimana tanggapan Bapak, tentang anggaran untuk sektor kesehatan pascabencana ?	
Apakah anggaran yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan sektor kesehatan ?	
Menurut Bapak, untuk sektor kessehatan apakah ada skala prioritas untuk pengalokasian anggaran ?	
Menurut Bapak, apakah ada kebijakan khusus untuk penganggaran sektor kesehatan ?	
Menurut Bapak, sampai tahun berapa program BRR berahir ?	
Menurut Bapak, apakah realisasi anggaran untuk sektor kesehatan sudah dianggap cukup ?	

### Lanjutan untuk kepala BRR

Menurut Bapak, pada saat program bantuan BRR berakhir, untuk dana operasional dan lainnya siapa yang bertanggung jawab ?	
Menurut Bapak, realisasi anggaran untuk sektor kesehatan, apakah melalui mekanisme pengajuan dari dinkes atau langsung dari kebijakan BRR ?	
Menurut Bapak, sejauh mana kewenangan yang diberikan dari BRR pusat dalam hal relokasi anggaran sektor kesehatan ?	
Menurut Bapak, berapa persentase anggaran yang diberikan untuk sektor kesehatan dari total anggaran yang tersedia ?	

Lampiran: 3

### **CHECK LIST**

- 1). Apakah selama ini anggaran belanja untuk operasional di Dinas Kesehatan, Puskesmas dan RSUD di Kabupaten Simeulue sudah mengalami kecukupan ?

Ya

Tidak

- 2). Apakah perhitungan anggaran sudah didasarkan pada perhitungan biaya operasional secara detail ?

Ya

Tidak

- 3). Apakah perhitungan usulan biaya anggaran sudah mengakomodir exit strategi ?

Ya

Tidak

- 4). Apakah setelah BRR berakhir (donator), tidak ada lagi sumber pembiayaan untuk kesehatan ? dan apakah pemerintah daerah sudah mempersiapkan pembiayaan yang sustainability untuk masa depan ?

Ya

Tidak

- 5). Apakah ada komitmen dari berbagai stakeholder tentang kepastian pembiayaan belanja operasional untuk kesehatan di Kabupaten Simeulue pascabencana ?

Ya

Tidak