

## Keberpihakan Kebijakan Anggaran Pemerintah Daerah terhadap Penduduk Miskin: Studi Kasus Anggaran Bidang Kesehatan di Kota Binjai<sup>1</sup>

Harry<sup>2</sup>

### Abstract

*Although the government of Binjai City has included health as its priority, the size of expenditure budget allocation for this sector did not show the same picture. The proportion of budget allocation on basic health service is smaller for the poor. The local autonomy policy had an impact in reserving budget to expense the programs in health office. This condition created an sectoral ego of health office which cut the operational expense of puskesmas in Binjai City. Although the operational fund from puskesmas was decreasing, the fact was the contribution of puskesmas to the local revenue of the government in Binjai City was increasing. These are things to be done by the government: 1) the improvement of budget policy formulation mechanism for the poor, 2) DPRD should force bigger allocation to the service on basic health, and 3) the implementation of rule regarding the share of puskesmas in basic health service with local income.*

**Keywords:** budget, sectoral ego, DPRD capability

### Intisari

Meskipun Pemerintah Kota Binjai telah memasukkan kesehatan sebagai salah satu prioritasnya, besarnya alokasi anggaran untuk sektor ini tidak menunjukkan hal yang sama. Tampak bahwa proporsi anggaran sektor ini untuk penduduk miskin masih sangat kecil. Adanya kebijakan otonomi daerah menyebabkan pembagian anggaran dilimpahkan kepada Dinas Kesehatan. Namun kondisi ini justru menimbulkan ego sektoral pada Dinas Kesehatan yang memotong dana operasional puskesmas di Kota Binjai. Walaupun dana operasional puskesmas mengalami penurunan, pada kenyataannya kontribusi puskesmas terhadap pendapatan daerah di Kota Binjai meningkat. Berikut ada beberapa hal yang perlu dilakukan oleh Pemerintah Kota Binjai. 1) memperbaiki mekanisme formulasi kebijakan anggaran untuk penduduk miskin, 2) DPRD sebaiknya mendorong anggaran yang lebih besar dialokasikan pada pelayanan kesehatan dasar, dan 3) menerapkan peraturan terkait dengan kebijakan anggaran daerah terhadap puskesmas dalam pelayanan kesehatan dasar.

**Kata-kata kunci:** anggaran, ego sektoral, kemampuan DPRD

<sup>1</sup> Naskah ini adalah sebagian dari tesis penulis di Magister Studi Kebijakan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup> Staf Pemberdayaan Masyarakat Kabupaten Aceh Barat, Nangroe Aceh Darussalam

## Pendahuluan

Kemiskinan di Indonesia merupakan permasalahan yang bersifat multi dimensional sehingga diperlukan kebijakan yang komprehensif untuk mengatasinya. Berbagai program pengentasan kemiskinan telah dilaksanakan dan salah satunya adalah kebijakan yang merupakan paradigma baru, yaitu kebijakan anggaran yang memihak penduduk miskin (*pro-poor budget*).<sup>3</sup> Esensi dari kebijakan tersebut adalah dokumen anggaran yang disusun dan dilaksanakan dalam bentuk program dari pemerintah yang secara sengaja (*by design*) berpihak kepada penduduk miskin. Salah satu bentuk implementasi kebijakan anggaran dari pemerintah tersebut adalah komitmen pengalokasian anggaran untuk program-program pelayanan sosial di bidang kesehatan. Kondisi kesehatan masyarakat yang baik akan menunjang penghidupan yang layak dan meningkatkan taraf hidup seseorang untuk dapat keluar dari kemiskinan (Thomas, dkk. 2001).

Berjalannya era otonomi daerah telah memberikan peluang yang cukup berarti bagi pemerintah daerah terkait dengan kewenangan untuk merumuskan, merencanakan, dan melaksanakan kebijakan serta program pemba-

ngunan yang berorientasi pada kebutuhan daerah. Demikian halnya dengan Pemerintah Kota Binjai yang memiliki komitmen tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin di wilayahnya. Hal ini dapat dilihat dengan adanya peningkatan cukup signifikan pada anggaran belanja di bidang kesehatan selama empat tahun terakhir (Tabel 1).

Mencermati data anggaran tersebut, terdapat kesan adanya komitmen yang tinggi dari Pemerintah Kota Binjai untuk mengalokasikan anggaran belanja dalam rangka meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Namun dari perbandingan tersebut, belum dapat diketahui secara pasti apakah kebijakan anggaran di bidang kesehatan tersebut secara sengaja (*by design*) untuk memprakarsai program yang berpihak kepada kepentingan masyarakat miskin. Untuk kepentingan tersebut, tulisan ini memfokuskan diri pada studi lebih mendalam tentang kebijakan anggaran di bidang kesehatan yang dialokasikan pada program penunjang aksesibilitas penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan Kota Binjai. Studi ini dapat menjadi penilaian bagaimana anggaran belanja yang terbatas tersebut dialokasikan bagi program-program pelayanan kesehatan yang menjangkau pen-

Tabel 1  
Perbandingan Pertumbuhan Alokasi Anggaran Belanja Bidang Kesehatan pada Pemerintah Kota Binjai<sup>4</sup> dan Penduduk Miskin di Kota Binjai

Tahun	Alokasi Belanja Bidang Kesehatan (Rp.000)	Pertumbuhan (%)	Jumlah Penduduk Miskin	Pertumbuhan (%)
2004	6.038.605	31,5	27.450	4,5
2005	10.317.354	70,8	29.767	1,2
2006	18.377.043	78,1	36.742	23,4
2007	30.123.079	65,1	33.480	-8,8

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008 dan BPS Kota Binjai, 2008

<sup>3</sup> *Pro-poor budget* merupakan satu dari sekian banyak paradigma baru dalam pengentasan kemiskinan yang tidak dapat dilaksanakan *off budget* (tanpa anggaran). Beberapa bentuk lain dari paradigma tersebut adalah *participatory budgeting* dan *gender budgeting*.

<sup>4</sup> Ringkasan APBD menurut Urusan Pemerintah Daerah dan Organisasi SKPD Khusus Dinas Kesehatan Kota Binjai Tahun 2004-2007.

duduk miskin atau justru alokasi anggaran tersebut bias kepentingan politik dan birokrasi.

Aspek lain dari kebijakan anggaran adalah mekanisme perumusan kebijakan tersebut. Hal ini terkait dengan pemahaman penduduk miskin tentang penganggaran itu sendiri. Mereka diharapkan memahami bahwa kebijakan anggaran bukan hanya dokumen anggaran semata, melainkan hasil proses kompromi dan politik yang memiliki kompleksitas varian cukup tinggi. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis melakukan studi yang bertujuan mengelaborasi keberpihakan kebijakan anggaran Pemerintah Kota Binjai di bidang kesehatan pada penduduk miskin dan mekanisme dalam perumusan kebijakan anggaran tersebut.

## Metode

Studi dilakukan dengan metode kualitatif guna memperoleh data dan informasi yang lebih mendalam terkait dengan permasalahan dan analisis yang dihasilkan lebih bersifat komprehensif. Untuk memperoleh hasil kajian yang maksimal, penentuan informan sangat penting karena kekeliruan memilih informan akan menyebabkan biasanya informasi yang diperoleh. Informan dalam studi ini dipilih berdasarkan pertimbangan pengaruh yang dimiliki pada proses perumusan kebijakan di tingkat legislatif. Oleh karenanya, informan dibatasi kepada empat unsur peran sentral dari proses penganggaran, yaitu Dinas Kesehatan Kota Binjai, Tim Anggaran Pemerintah Daerah, Panitia Anggaran Legislatif DPRD Kota Binjai, dan Komisi A DPRD Kota Binjai. Selain itu, puskesmas juga menjadi sumber informasi sebagai unsur pelaksana langsung dari pelayanan kesehatan masyarakat. Puskesmas yang menjadi target studi mewakili puskesmas dengan persentase jumlah kunjungan penduduk miskin terbesar (Puskesmas Kebun Lada) dan

puskesmas dengan hasil retribusi terbesar (Puskesmas Tanah Tinggi).

## Kebijakan Anggaran yang Memihak kepada Penduduk Miskin (*Pro-poor Budget*)

*Pro-poor budget* merupakan proses reformasi politik anggaran yang baru di Indonesia yang terangkum dalam kerangka pengurusan anggaran negara dan daerah untuk penanggulangan kemiskinan. Sejauh ini tidak ada definisi baku tentang *pro-poor budget*. Namun apabila ditelusur lebih mendalam, paradigma tersebut bukanlah merupakan sekumpulan teori yang terbangun secara sistematis atau dapat dikatakan sebagai tindakan atau praktik yang berfokus pada penduduk miskin.

Secara sederhana, *pro-poor budget* berarti anggaran yang memihak pada orang miskin. Dapat juga istilah itu diterjemahkan sebagai praktik penyusunan dan pelaksanaan kebijakan di bidang anggaran yang sengaja (*by design*) ditujukan untuk membuat program yang berpihak kepada kepentingan masyarakat miskin. Jika dipersingkat, *pro-poor budget* adalah kebijakan anggaran yang dampaknya dapat meningkatkan kesejahteraan atau terpenuhinya kebutuhan hak-hak dasar masyarakat miskin. Dapat dipahami bahwa substansi pengertian *pro-poor budget* memiliki kesamaan dengan konsep anggaran yang disebut *people-oriented budget* atau anggaran yang berorientasi pada pemenuhan hak-hak dasar rakyat.

Namun tampaknya kondisi saat ini masih jauh dari yang diharapkan. Hal tersebut disebabkan oleh banyaknya kebijakan anggaran daerah yang lebih berpihak pada penduduk kaya daripada yang miskin dalam beberapa tahun belakangan ini.<sup>5</sup> Padahal sudah seharusnya penduduk miskin didahulukan karena kelompok ini memiliki

<sup>5</sup> Menurut Edi Suharto (2007), untuk skala daerah, penelitian dari Departemen Hukum dan HAM tahun 2007 menyimpulkan bahwa hanya 5 persen peraturan daerah yang pro kepada rakyat, sedangkan 85 persen untuk menggali pendapatan daerah dan 10 persennya untuk pemutihan aset. Hal tersebut menjadi kasus bahwa kebijakan anggaran yang memihak kepada penduduk miskin masih sebatas wacana.

keterbatasan aksesibilitas terhadap pemenuhan kebutuhan hidup dibandingkan dengan penduduk kaya. Keberpihakan terhadap penduduk kaya ini tentu akan berpengaruh terhadap pelayanan dasar yang merupakan akses yang paling terjangkau oleh penduduk miskin.

Pada masa otonomi daerah, kebijakan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia merupakan pelimpahan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Akibat pelimpahan tersebut adalah diberikannya kewenangan pengelolaan puskesmas kepada pemerintah daerah sebagai unit pelaksana untuk menjalankan fungsi pemberi pelayanan kesehatan dasar dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota di tiap-tiap kecamatan.

Pada 2001, Departemen Kesehatan Republik Indonesia menerbitkan buku tentang penyelenggaraan puskesmas di era desentralisasi. Di dalamnya dijelaskan tentang fungsi pokok puskesmas dan berikut adalah beberapa di antaranya. *Pertama* sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat. *Kedua* sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat. *Ketiga* adalah pusat pemberian pelayanan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat. Beberapa fungsi pokok tersebut menjelaskan bahwa puskesmas merupakan bagian dari program usaha perbaikan kesehatan masyarakat dan juga menjalankan fungsi usaha kesehatan perorangan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah.

Pelaksanaan usaha-usaha tersebut oleh pihak puskesmas merupakan fungsi dari pemberian pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan pemerintah kabupaten/kota. Namun dalam implementasinya, penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas tidak hanya bagi kelompok miskin saja. Penduduk

yang tidak miskin pun ikut untuk mengakses pelayanan tersebut. Berdasarkan alasan tersebut dan dalam rangka mengembangkan indikator keberpihakan kebijakan anggaran pemerintah daerah kabupaten/kota terhadap penduduk miskin, konsep pemerataan indeks gini<sup>6</sup> diperlukan sebagai dasar pijakan.

Konsep pemerataan ini dicetuskan oleh ahli statistik asal Amerika, Conrad Lorenz. Ia berhasil menggunakan sebuah diagram untuk menunjukkan hubungan antara kelompok-kelompok penduduk dan porsi pendapatan yang mereka terima. Pengukuran distribusi ini kemudian dijumlahkan dengan memberikan densitas relatif dari ketidakmerataan distribusi pendapatan atau yang dikenal dengan indeks gini. Berdasarkan konsep pemerataan tersebut, yang menjadi rumusan adalah proporsi alokasi anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan dasar dari total anggaran belanja di bidang kesehatan dengan total penduduk tidak miskin. Apabila proporsi alokasi anggaran belanja pelayanan kesehatan dasar lebih besar daripada proporsi golongan penduduk tidak miskin berarti dana tersebut masih tersedia untuk golongan penduduk miskin. Begitu juga sebaliknya. Apabila alokasi anggaran belanja pelayanan kesehatan dasar lebih kecil daripada golongan penduduk yang tidak miskin, maka pemerintah daerah tersebut dikategorikan tidak berpihak kepada penduduk miskin. Hal ini karena alokasi anggaran tersebut tidak memiliki sisa untuk penduduk miskin.

Besaran alokasi anggaran hanyalah satu aspek, sedangkan aspek yang tidak kalah penting lainnya adalah tepat tidaknya penggunaan alokasi anggaran tersebut (Thomas, dkk., 2001). Berdasarkan logika itu, maka pemanfaatan dana untuk pelayanan dasar itu harus dikoreksi dengan pencapaian hasil dari pelayanan kesehatan dasar tersebut. Menurut M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004),

---

<sup>6</sup> Secara sederhana, indeks gini dapat diartikan sebagai ukuran untuk melihat merata tidaknya pembagian pendapatan dalam masyarakat. Nilai indeks gini terletak antara 0 (kemerataan sempurna) hingga 1 (ketidakmerataan sempurna). Nilai ketidakmerataan sempurna berarti satu kelompok pendapatan di suatu negara menikmati seluruh pendapatan di negara itu.

salah satu indikator yang dapat dijadikan sarana untuk mengoreksi atau menilai ketepatan sasaran dana tersebut adalah proporsi penduduk yang melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis. Angka ini digunakan untuk melakukan koreksi dengan anggapan bahwa ada masyarakat yang tidak mampu mengakses layanan. Beberapa pertimbangan yang memengaruhinya adalah soal biaya, jarak yang tidak terjangkau, atau adanya kendala sosial budaya.

Secara ringkas perumusan indikator keberpihakan kebijakan anggaran di bidang kesehatan dari pemerintah daerah kabupaten/kota kepada penduduk miskin dapat diuraikan sebagai berikut.

Pertama, menghitung perbandingan proporsi alokasi anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan dasar dari total alokasi anggaran belanja di bidang kesehatan dengan proporsi penduduk tidak miskin. Jika proporsi anggaran untuk pelayanan kesehatan dasar lebih besar daripada proporsi penduduk tidak miskin, maka perbandingan itu bernilai positif. Artinya, pemerintah kabupaten/kota dianggap *pro-poor* dan sebaliknya, jika bernilai negatif, maka pemerintah kabupaten/kota tersebut dika-

tegorikan tidak *pro-poor*. Kedua, untuk memastikan ketepatan sasaran penggunaan anggaran, perlu dilihat proporsi penduduk melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis (dukun, famili, dan lain-lain). Apabila proporsi penduduk yang melahirkan dengan pertolongan tenaga nonparamedis di kabupaten/kota tersebut lebih besar daripada rata-rata nasional, maka anggaran kesehatan tersebut dikategorikan tidak tepat sasaran. Sementara itu, apabila proporsi penduduk yang melahirkan dengan pertolongan nonparamedis lebih kecil daripada rata-rata nasional, maka pembiayaan tersebut dikategorikan tepat sasaran.

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa kategori keberpihakan kebijakan anggaran dapat dibagi menjadi 4 bagian atau 4 tipe. Tipe pertama (A) adalah yang terbaik, yaitu pemerintah kabupaten/kota memiliki keberpihakan kepada penduduk miskin. Hal ini ditunjukkan oleh angka proporsi anggaran untuk kesehatan yang memadai bagi penduduk miskin (positif) dan ketepatan penyaluran anggaran kepada sasaran. Kondisi ini penting untuk dipertahankan dan ditingkatkan secara terus-menerus oleh pemerintah kabupaten/kota. Pada tipe B pemerintah daerah termasuk ke dalam kategori

**Tabel 2**  
**Indikator Keberpihakan Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota di Bidang Kesehatan terhadap Penduduk Miskin**

Indikator	Status Keberpihakan			
	A	B	C	D
Proporsi anggaran untuk pelayanan kesehatan dasar dibandingkan dengan proporsi penduduk tidak miskin	Positif	Positif	Negatif	Negatif
Proporsi penduduk yang melahirkan dengan bantuan tenaga nonparamedis	Rendah	Tinggi	Rendah	Tinggi
Kesimpulan	- <i>Pro-poor</i> - Tepat Sasaran	- <i>Pro-poor</i> - Tidak Tepat Sasaran	- Tidak <i>Pro-poor</i> - Tepat sasaran	- Tidak <i>Pro-poor</i> - Tidak Tepat Sasaran

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2009

*pro-poor*, tetapi program yang dijalankan tidak tepat sasaran, sedangkan tipe C menunjukkan bahwa dengan dukungan anggaran pemerintah daerah yang tidak memadai, masyarakat memiliki kesadaran yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dasar. Tipe D adalah yang terburuk karena pemerintah kabupaten/kota tidak mampu menyediakan anggaran belanja yang memadai untuk pelayanan kesehatan dasar. Selain itu, penyaluran anggaran yang ada juga tidak tepat sasaran. Tipe ini harus dirombak secara radikal, baik pada aspek kebijakan, program maupun personalia, yang untuk itu diperlukan komitmen pemerintah daerah terhadap peningkatan kualitas hidup warga miskin.

## **Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran**

Perumusan kebijakan anggaran merupakan bagian penting dari sebuah proses kebijakan publik karena pada tahap ini dapat dilihat bagaimana proses kompromi dan politik untuk menemukan solusi dari sekian banyak alternatif kebijakan yang diberikan. Menurut beberapa ahli, ada beberapa kesalahan yang sering terjadi di dalam proses tersebut. Titik kritisnya adalah sering terjadi ketidakmampuan untuk menemukan problem-problem dengan baik karena belum jelasnya perumusan masalah terhadap kondisi yang dialami. Suatu masalah sering dianggap sebagai suatu yang berdiri sendiri, tanpa adanya kaitan dengan masalah-masalah lainnya. Padahal seharusnya persoalan yang penting untuk dijawab dalam menjelaskan tahap perumusan dan pengambilan kebijakan adalah bagaimana melihat sesuatu sebagai masalah, bagaimana rancangan kebijakan disusun, dan bagaimana pemilihan rancangan tersebut dilakukan (Wibawa, 1994).

Menurut A.G. Subarsono (2005), perumusan kebijakan publik tidak terlepas dari beberapa variabel yang memengaruhinya sebagai berikut. Pertama, tujuan yang ingin dicapai, mencakup

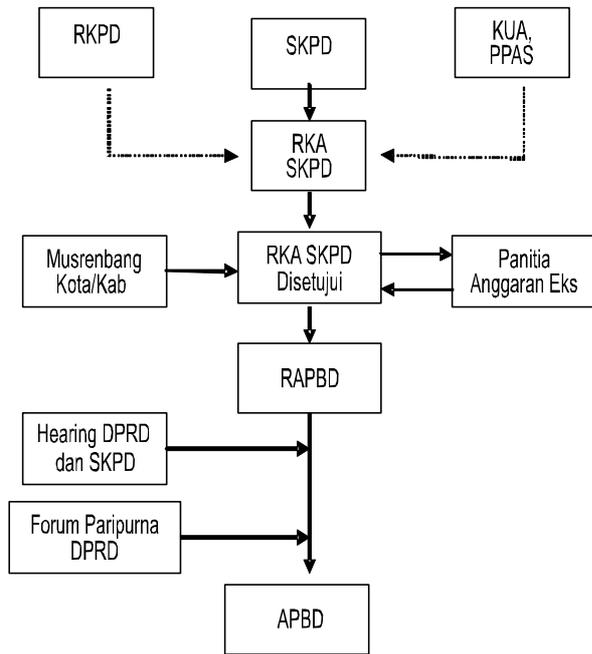
kompleksitas tujuan yang ingin dicapai. Apabila tujuan kebijakan semakin kompleks, maka semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan kebijakan semakin sederhana, maka semakin mudah untuk mencapainya. Kedua, preferensi nilai seperti apa yang perlu dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan. Suatu kebijakan yang mengandung berbagai variasi nilai akan jauh lebih sulit diterapkan dibandingkan dengan suatu kebijakan yang hanya menganut satu nilai.

Ketiga, sumber daya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial, material, dan infrastruktur lainnya. Keempat, kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas aktor yang terlibat dalam proses penetapan kebijakan. Kualitas tersebut akan ditentukan dari tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya, pengalaman kerja, dan integritas moralnya.

Kelima, lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, dan politik tempat kebijakan tersebut akan diimplementasikan. Keenam, strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan memengaruhi kinerja suatu kebijakan. Strategi dapat bersifat *top-down approach* atau *bottom-up approach*, otoriter, atau demokratis.

Perumusan kebijakan anggaran di pemerintah kabupaten/kota dapat dilihat dari kompleksitas varian yang terlibat di dalamnya. Pada Skema 1 dapat dilihat bahwa pada tahap awal, agenda-agenda kebijakan pembangunan dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang mengacu kepada Rencana Kerja Pemerintah (RKP) sebagai sebuah pendekatan perencanaan terpusat menjadi panduan untuk mengalokasikan anggaran belanja. Perenca-

Gambar 1  
Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran pada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota



naan yang terpusat tersebut dipadukan dengan hasil penjangkaran aspirasi masyarakat yang difasilitasi oleh pemerintah daerah melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang). Perpaduan perencanaan tersebut menjadi agenda kebijakan pemerintah daerah untuk mengembangkan alternatif solusi kebijakan dalam bentuk kekuatan (*power*) dari pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran belanja dalam rangka pemecahan setiap permasalahan publik.

Proses perumusan kebijakan dimulai dengan merumuskan Kebijakan Umum Anggaran (KUA) serta Prioritas dan Plafon Anggaran (PPAS) yang dilakukan dalam proses politik antara Tim Anggaran Pemerintah Daerah dan DPRD. Tahap final dari proses perumusan kebijakan anggaran adalah penerjemahan ke dalam Rencana Kerja Anggaran (RKA) oleh tiap-tiap SKPD untuk menentukan arah alokasi belanja program-program yang akan dilaksanakan untuk menjalankan fungsi pelayanan publik. Pada tahap ini alokasi belanja terbagi dua, yaitu langsung untuk membiayai jalannya program dan tidak langsung yang digunakan untuk membiayai pegawai.

Tahap ini merupakan sentral dari efektif dan efisiensinya sebuah kebijakan anggaran. Pada tahap ini akan diketahui bagaimana aliran belanja tersebut akan dialokasikan untuk pelaksanaan suatu program. Berbagai mata anggaran tersebut akan disusun berdasarkan kinerja untuk mencapai tujuan kegiatan. Pembahasan RKA tersebut kembali dilakukan melalui proses politik bersama dengan legislatif untuk selanjutnya ditetapkan menjadi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

### Keberpihakan Kebijakan Anggaran Bidang Kesehatan terhadap Penduduk Miskin

Untuk mengetahui apakah kebijakan anggaran pemerintah berpihak pada penduduk miskin atau tidak, dapat dilihat dari besarnya alokasi anggaran belanja yang dibandingkan dengan proporsi penduduk tidak miskin. Selain itu, yang juga harus diperhatikan adalah ketepatan alokasi anggaran belanja tersebut, dengan kata lain tepat sasaran. Berdasarkan hasil pengamatan di Pemerintah Kota Binjai, alokasi anggaran belanja dari puskesmas disalurkan melalui program-program administrasi dan manajemen, usaha kesehatan masyarakat, dan juga perorangan.

Penggunaan alokasi belanja tersebut sebagian besar untuk membayar gaji, tunjangan, insentif, alat tulis kantor, pemeliharaan gedung, dan yang terakhir adalah untuk pemeliharaan

Tabel 3  
Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas di Kota Binjai Tahun 2004-2007 (dalam Ribuan Rupiah)

Tahun	Total Belanja Dinas Kesehatan	Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas
2004	6.038.605	537.436
2005	10.317.354	942.774
2006	18.377.043	2.003.097
2007	30.123.079	5.904.124

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

kendaraan dinas. Sementara itu, alokasi anggaran belanja tersebut juga berbentuk operasional usaha kesehatan masyarakat dan perorangan di puskesmas. Alokasi anggaran belanja ini disalurkan dalam bentuk peralatan dan perlengkapan medis dan sisanya untuk kebutuhan farmasi. Untuk lebih jelasnya, distribusi dari alokasi belanja tersebut dapat dilihat pada Grafik 1.

Menanggapi alokasi anggaran belanja tersebut, dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan dari Puskesmas Kebun Lada diketahui ada beberapa dampak dari pola pengalokasian tersebut. Salah satunya adalah penurunan alokasi anggaran belanja bagi operasional program-program puskesmas. Contoh kasus yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam tersebut adalah terjadinya penurunan *output* dari kegiatan keselamatan ibu hamil berisiko di puskesmas, seperti minimnya biaya transportasi bidan puskesmas. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... dana dari Dinkes itu kan kecil, Dik, itu contohnya transportasi untuk bidan datang ke bumil terkadang harus pakai kocek sendiri. Memang kita ada dari pempus (pemerintah pusat) untuk maskin (masyarakat miskin), tapi kan penggunaannya terbatas ...”

Selain itu, dari hasil wawancara mendalam juga diketahui adanya keterbatasan fleksibilitas penggunaan dana yang berasal program

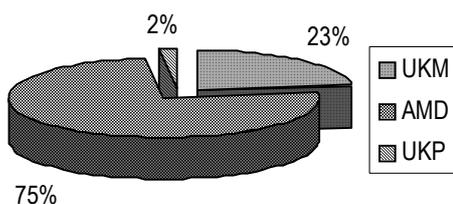
JPKMM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin). Hal ini terkait dengan adanya pertentangan dengan prosedur tetap penggunaan dana JPKMM yang tidak memperkenankan pembiayaan transportasi. Padahal dalam pelaksanaannya, biaya tersebut penting bagi transportasi bidan untuk mendatangi ibu hamil atau sebagai cadangan pembiayaan transportasi ibu hamil untuk mendatangi bidan. Menurut informan, prosedur penggunaan dana JPKMM tersebut sebaiknya diubah agar puskesmas dapat lebih fleksibel dalam penggunaannya.

Hasil wawancara mendalam ini secara tidak langsung memiliki kesamaan dengan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Lembaga Penelitian Smeru. Penelitian ini dilakukan tahun 2002 di Kota Bandar Lampung dan Lombok Barat. Fokus penelitian tersebut bertujuan untuk menilai penyelenggaraan pelayanan publik di era desentralisasi. Salah satu hasil penelitian tersebut adalah adanya kecenderungan penurunan biaya operasional bagi program-program yang dilaksanakan oleh puskesmas setelah penerapan desentralisasi di Indonesia.

Adapun bentuk penyaluran alokasi belanja pada kegiatan puskesmas di Kota Binjai dapat dilihat pada Grafik 2. Berdasarkan gambar tersebut dapat diketahui bahwa lebih dari separuh alokasi belanja tersebut digunakan untuk kegiatan di bidang imunisasi, selanjutnya adalah kesehatan ibu hamil dan anak, kesehatan anak prasekolah dan usia sekolah, serta yang paling kecil dialokasikan untuk kegiatan perawatan.

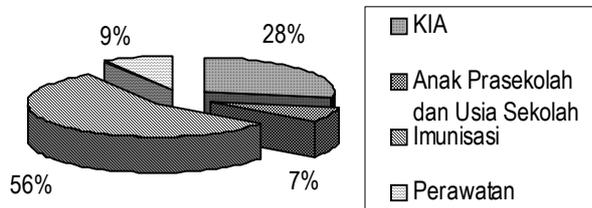
Dari hasil wawancara mendalam dengan informan dari Bidang Program Dinas Kesehatan Kota Binjai, diketahui bahwa proporsi tersebut merupakan rencana strategis Dinas Kesehatan terkait upaya peningkatan kesehatan masyarakat di bidang imunisasi. Jenis-jenis kegiatan dalam program tersebut adalah penyelenggaraan kegiatan bulan imunisasi anak sekolah dan imunisasi bagi bayi 0 sampai 11 bulan di seluruh kecamatan di Kota Binjai. Selanjutnya

**Grafik 1**  
**Distribusi Alokasi Anggaran Belanja**  
**Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan**  
**Kota Binjai Tahun 2004-2007**



Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

**Grafik 2**  
**Distribusi Alokasi Anggaran**  
**bagi Program Pelayanan Kesehatan Dasar**  
**di Puskesmas Tahun 2004-2007**



Sumber : DPKAD Kota Binjai, 2008

untuk mengetahui keberpihakan Pemerintah Kota Binjai pada masyarakat miskin dalam hal anggaran kesehatan, Tabel 4 menjelaskan hasil analisis data tahun 2004-2007 Pemerintah Kota Binjai dan Badan Pusat Statistik.

Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa dari tahun 2004 sampai dengan 2007, dana yang disalurkan kepada puskesmas (tidak lebih daripada 20 persen) ternyata lebih kecil daripada persentase penduduk tidak miskin, bahkan jika dibandingkan dengan rasio penduduk miskin, kecuali untuk tahun 2007. Melihat angka

perbandingan tersebut, tampak alokasi anggaran belanja pemerintah daerah tersebut tidak bersisa untuk disalurkan kepada penduduk miskin atau dengan kata lain, anggaran belanja yang dialokasikan tersebut ternyata tidak dinikmati oleh penduduk miskin. Hal ini karena penduduk tidak miskin juga ikut mengakses pelayanan tersebut.<sup>7</sup> Berdasarkan dari fakta tersebut, dapat disimpulkan bahwa kebijakan anggaran dari Pemerintah Daerah Kota Binjai di bidang kesehatan tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Hasil ini setidaknya memiliki keterkaitan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004) yang menggunakan data dari hasil *Governance and Decentralization Survey (GDS)* tahun 2001. Hasil penelitian GDS 2001 di 220 kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan bahwa hampir seluruh pemerintah kabupaten/kota yang dijadikan sampel tidak memiliki keberpihakan kepada penduduk miskin apabila ditinjau dari aspek alokasi anggaran kesehatannya.

Ketepatan sasaran anggaran belanja puskesmas di Kota Binjai dilihat dari perbandingan proporsi penduduk Kota Binjai yang

**Tabel 4**  
**Keberpihakan Kebijakan Anggaran Pemerintah Kota Binjai**  
**Kepada Penduduk Miskin di Bidang Kesehatan**

Tahun	Penduduk Tidak Miskin	Rasio Penduduk Tidak Miskin dari Total Penduduk (%)	Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas (Rp. 000)	Rasio Alokasi Anggaran Belanja Puskesmas dari Total Belanja Dinas Kesehatan (%)	Kategori Keberpihakan
2004	188.073	87.2	537.436	8,9	Tidak Pro
2005	189.378	86.4	942.774	9,3	Tidak Pro
2006	186.709	83.5	2.003.097	10,9	Tidak Pro
2007	198.756	85.6	5.904.124	19,6	Tidak Pro

Sumber: DPKAD Kota Binjai dan BPS, 2008

<sup>7</sup> Berdasarkan konsep Indeks Pemerataan Gini. Lihat M. Syahbudin Latief dan Evita Hanie P. (2004) dalam Faturochman, dkk. 2004. *Dinamika Kebijakan dan Kependudukan*. Yogyakarta, PSKK UGM.

menggunakan pertolongan tenaga nonparamedis pada saat proses persalinan dengan proporsi rata-rata nasional. Adapun untuk menggali data tersebut, digunakan publikasi dari Badan Pusat Statistik (BPS). Pada Grafik 3 dapat dilihat bahwa dari tahun 2003 sampai 2006, proporsi penduduk dengan proses persalinan yang dibantu oleh tenaga nonparamedis di Kota Binjai ternyata terus mengalami penurunan. Bahkan proporsi tersebut hampir setiap tahun berada di bawah angka rata-rata nasional.

Dari hasil perbandingan Grafik 3 tersebut, dapat disimpulkan bahwa aliran dana dari Pemerintah Kota Binjai tersebut dapat dikategorikan tepat sasaran. Namun kategori ketepatan sasaran tersebut masih perlu dikaji kembali karena terdapat beberapa faktor lain yang memengaruhinya di luar kebijakan publik. Asumsinya adalah karena kebijakan anggaran dari Pemerintah Kota Binjai di bidang kesehatan justru tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Oleh karena itu, untuk lebih memperdalam ketepatan sasaran alokasi anggaran tersebut, maka dilakukan wawancara mendalam untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi hasil ketepatan sasaran tersebut. Peneliti memilih melakukan wawancara mendalam dengan kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak<sup>8</sup>

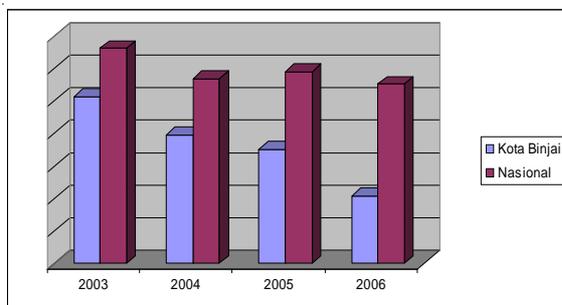
pada Dinas Kesehatan Kota Binjai. Selain itu, informan juga merupakan koordinator *safe-guarding* program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Pertimbangan untuk melakukan wawancara mendalam tersebut adalah karena aktor dari pemerintah tersebut memahami permasalahan keselamatan ibu hamil dan bayi di Kota Binjai.

Menurut hasil wawancara mendalam dengan informan tersebut, diketahui bahwa salah satu faktor yang memengaruhi ketepatan sasaran tersebut adalah tingkat kesadaran masyarakat di Kota Binjai. Contoh kasus tersebut adalah kesadaran masyarakat di Kota Binjai yang lebih memilih pergi ke bidan atau memanggil bidan yang bersertifikasi untuk membantu proses persalinan. Berikut hasil wawancara tersebut.

“... praktik bidan di Kota Binjai itu kan sudah cukup banyak. Ada juga praktik bidan yang dibuka sendiri oleh bidan puskesmas ... masyarakat di Kota Binjai sebenarnya sudah ada kesadaran yang tinggi untuk keselamatan ibu dan bayi, bisa itu dibawa sama keluarga ada juga yang bisa ditelepon ke rumah. Bukan itu saja saya beri contoh itu penanganan demam berdarah juga masyarakat di sini juga lebih tanggap ...”

Sementara itu, dari hasil wawancara juga ditemukan bahwa terdapat kecenderungan dari masyarakat Kota Binjai untuk mengakses fasilitas kesehatan yang bukan diberikan oleh puskesmas. Sebagaimana yang diketahui dari hasil wawancara mendalam tersebut, masyarakat di Kota Binjai lebih memilih mendapatkan pelayanan dari praktik bidan puskesmas yang membuka praktiknya sendiri. Dari hasil analisis dokumentasi,<sup>9</sup> diketahui bahwa jumlah praktik bidan swasta di Kota Binjai lebih kurang ada 93 praktik. Jumlah praktik bidan swasta tersebut dilihat dari lokasinya juga telah tersebar di hampir seluruh kecamatan di Kota Binjai.

**Grafik 3**  
**Perbandingan Proporsi Penduduk dengan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Nonparamedis Kota Binjai dan Nasional**



Sumber: [www.bps.co.id](http://www.bps.co.id) diakses 10 Oktober 2008 dan BPS, 2008

<sup>8</sup> Wawancara dilakukan pada 16 September 2008.

<sup>9</sup> Dokumentasi didapatkan dari *Binjai dalam Angka Tahun 2008* yang diterbitkan melalui kerja sama Badan Perencanaan Pembangunan Kota Binjai dengan Badan Pusat Statistik Kota Binjai.

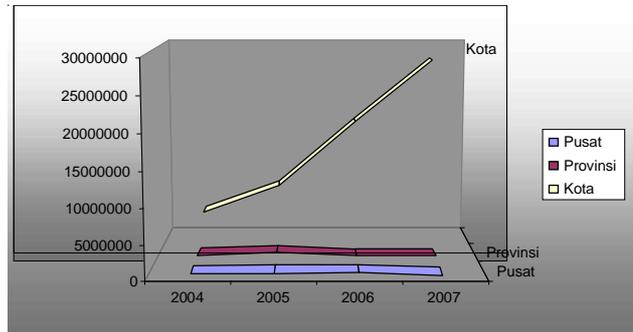
Hal ini dapat diartikan bahwa telah terjadi penurunan kepercayaan dari masyarakat terhadap pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah di bidang kesehatan. Untuk selanjutnya, penemuan ini dapat dijadikan agenda kebijakan Pemerintah Kota Binjai agar lebih memprioritaskan pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar yang dapat lebih menjangkau dan berkualitas kepada masyarakat.

**Mekanisme Perumusan Kebijakan Anggaran Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas**

Setelah penerapan kebijakan otonomi daerah, pembiayaan puskesmas di Kota Binjai mengalami perubahan yang cukup signifikan. Pengalokasian anggaran belanja yang dulunya diterima langsung dari pemerintah pusat kini dialokasikan kepada pemerintah kota melalui Dinas Kesehatan Kota Binjai. Pola pelimpahan kewenangan tersebut dapat dilihat dari semakin meningkatnya sumber pembiayaan yang berasal dari APBD kota dan menurunnya subsidi dari pemerintah pusat dan provinsi seperti pada Grafik 4.

Menanggapi perubahan pola ini, salah seorang informan dari Bappeda mengemukakan bahwa hal tersebut terkait dengan pemberlakuan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. UU ini semakin mempertegas pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah kabupaten/kota. Ekses negatif dari terpusatnya proses perumusan kebijakan anggaran pada pemerintah daerah ini ternyata telah menumbuhkan sikap ego sektoral dari tiap-tiap bidang di Dinas Kesehatan. Padahal sebagaimana yang telah diketahui, program-program pelayanan kesehatan dari Dinas Kesehatan tersebut dilimpahkan kepada puskesmas untuk wilayah kerja kecamatan. Bentuk dari ego sektoral tersebut dapat digambarkan dengan sering tidak dilibatkannya puskesmas dalam proses perumusan kebijakan anggaran. Kecenderungan tersebut adalah contoh kasus yang ditemukan ber-

**Grafik 4**  
**Sumber Pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Binjai Tahun 2004-2007 (dalam Ribuan Rupiah)**



dasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan yang berasal dari Puskesmas Kebun Lada berikut ini.

“... selama saya jadi kepala puskesmas dua tahun di sini, nggak pernah ada rapat dari Dinkes mengenai anggaran bagi program-program dari dinas. Paling yang ada itu hanya oleh kabid farmasi tentang kebutuhan obat, tapi saya kurang tahu kalau kepala puskesmas yang dulu ...”

Dalam perumusan kebijakan anggaran terdapat kecenderungan bidang-bidang dari Dinas Kesehatan untuk mengalokasikannya ke dalam bentuk fisik (pengadaan barang) yang berlebihan. Bahkan sering kali penggunaan alokasi anggaran belanja tersebut bukan merupakan kebutuhan dari pelayanan puskesmas, seperti disampaikan informan dari puskesmas berikut.

“... tahun ini kami dianggarkan kursi gigi, padahal sudah ada dua, tapi ditambah, padahal kami sudah tidak butuh ...”

Belanja fisik yang berlebihan tersebut seharusnya dapat diminimalisasi apabila ada sinkronisasi antara tiap-tiap bidang dinas agar dapat saling menyokong. Menurut salah seorang informan dari Bappeda, masalah belanja fisik yang berlebihan merupakan akibat dari pola tingkah laku tiap-tiap bidang dalam Dinas Kesehatan yang berusaha mendapatkan volume

program lebih besar. Berikut adalah kutipan wawancara tersebut.

“... dalam mengusulkan rencana kegiatan itu jarang melihat dokumen perencanaan yang ada, sama sekali tidak ada dari mereka yang melihat dari Renstra. Mereka tinggal mengubah-ubah volumenya saja ...”

Terseperanya alokasi belanja dalam bentuk fisik kepada program-program yang dimiliki oleh tiap-tiap bidang di Dinas Kesehatan secara simultan berdampak terhadap penurunan biaya operasional dari kegiatan-kegiatan puskesmas. Minimnya dana operasional ini tentu akan menyulitkan puskesmas saat menghadapi keadaan darurat, misalnya ketika terjadi wabah penyakit tertentu di wilayah kerjanya yang memerlukan keputusan dan tindakan cepat.

Di sisi lain, sejak diberlakukannya otonomi daerah, kewenangan DPRD Kota Binjai semakin besar dan nyata dalam proses pengambilan keputusan dalam perumusan kebijakan anggaran. Konsep anggaran yang telah disusun oleh panitia anggaran bersama eksekutif selanjutnya akan dibahas secara intensif oleh DPRD. Dalam pembahasan ini, banyak perubahan yang dilakukan DPRD untuk disesuaikan dengan kebutuhan riil masyarakat. Selain itu, dewan juga berupaya keras membantu eksekutif membelanjakan dana yang ada seefektif dan seefisiensi mungkin.

Dalam hal peningkatan penerimaan, dewan mendorong eksekutif untuk tidak terlalu banyak membebani pungutan (pajak retribusi) kepada rakyat. Menurut informan yang berasal dari Fraksi Golkar dan juga menjadi ketua Panitia Anggaran DPRD Kota Binjai, DPRD selalu menekankan kepada eksekutif untuk lebih menitikberatkan pada usaha mendapatkan pembiayaan kesehatan dari pusat khususnya yang berasal dari DAK, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... buat apa dinas dan badan pergi tiap bulan ke Jakarta untuk koordinasi kalau tidak bisa mendapatkan anggaran untuk daerah ... itu kan ada dana DAK untuk puskesmas tahun ini juga kami dari dewan yang upayakan waktu pra-APBD ...”

Sebaliknya dari pihak eksekutif, menurut informan dari Bappeda, legislatif sering bertentangan apabila sudah memasuki pembahasan RAPBD (Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Kondisi ini muncul terutama terkait alokasi anggaran untuk sektor-sektor tertentu. Kecenderungannya adalah belanja langsung untuk pembiayaan sektor-sektor tertentu yang dinilai tidak dapat menunjang pendapatan justru sering diutak-atik.

“... dalam pembahasan dua tahun yang lalu, sebenarnya dari pihak pemerintah ingin memberi tambahan alokasi dana bagi program di sektor kesehatan, bahkan sesuai dengan salah satu prioritas kami adalah peningkatan pelayanan kesehatan di dalam RKPD, tapi pada kenyataannya hal tersebut tidak disetujui oleh DPRD dan malah dipangkas dan digeser ke sektor pekerjaan umum, padahal Binjai Supermall itu kan belum tentu menjadi kebutuhan masyarakat ...”

Salah satu faktor yang memengaruhi keputusan DPRD ini adalah kurangnya sensitivitas DPRD terhadap kebutuhan masyarakat karena tidak memanfaatkan saluran aspirasi yang ada.<sup>10</sup> Menurut informan dari Bappeda, fungsi DPRD dalam penyaluran aspirasi tersebut hanya sebagai bentuk formalitas perwakilan dari kepentingan partai politik. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kalau anggota dewan tidak menghadiri undangan dari kami, kami bisa maklum karena sering bersamaan dengan jadwal mereka yang padat. Tapi kalau ditanya bagaimana hasil dari penjangkaran aspirasi dari mereka, jujur saya bilang mereka itu

<sup>10</sup> Data ini didapatkan dari penelusuran dokumentasi hasil Musrenbang Kecamatan Binjai Kota untuk tahun anggaran 2008 (Bappeda, 2007).

sebenarnya hanya mewakili dari partai politik, bukan mewakili dari masyarakat ...”

Hasil ini menggambarkan ketidaksesuaian dengan amanat otonomi daerah bahwa secara normatif DPRD wajib menampung, menghimpun, dan menindaklanjuti aspirasi masyarakat (Bastian, 2006). Contoh kasus lain adalah ditemukannya kecenderungan akulturasi kepentingan DPRD pada tahap-tahap perumusan kebijakan. Menurut informan staf Bappeda, hampir setiap tahun pada tahap-tahap perumusan kebijakan prioritas untuk penambahan dan pengurangan satu program tertentu sering tidak rasional. Penambahan dan pengurangan jumlah batasan anggaran sering dirasionalisasikan untuk jangka waktu pendek saja, namun bukan untuk satu tahun anggaran. Hal ini merupakan bentuk ketidakkonsistenan DPRD terhadap proses-proses sebelum menentukan jumlah batas tertentu untuk suatu program.

“... kalau penentuan plafon memang itu hak DPRD karena setiap diajukan pasti terjadi perdebatan dan kita pasti mengulang lagi, tapi biasanya paling banyak dua kali. Setelah kami revisi, biasanya dewan langsung menerima, itu kan sebenarnya hanya alat politik, mereka kan cuma lihat yang di depan mata saja, tapi bukan untuk jangka panjang ...” (staf Bappeda)

Sebaliknya, menurut informasi dari anggota dewan (panitia anggaran) yang mengklarifikasi tentang pandangan bahwa legislatif daerah kurang memiliki kemampuan dan pemahaman terhadap pengelolaan anggaran daerah serta kedudukan legislatif daerah sebagai eksekutor, sikap kritis anggota dewan terhadap usulan rencana dan anggaran dari eksekutif tidak lain sebagai langkah melakukan efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran daerah. Informan lain justru menilai eksekutif tidak konsisten antara perencanaan dan penganggaran.

“... kami mengharapkan bahwa rencana belanja daerah, khususnya belanja modal

yang akan disampaikan oleh pemkot betul-betul sesuai dengan asas prioritas, efisiensi dan efektivitas, kami tidak ingin DPRD sebagai mitra kerja pemerintah daerah dianggap melakukan pemotongan-pemotongan. Kami bukan memotong anggaran, tapi mengkritisi anggaran. Hal tersebut kami lakukan agar tidak berbenturan dengan produk hukum yang ada yang pada akhirnya melemahkan kinerja kita bersama. Untuk belanja tidak langsung yang memuat jumlah pegawai negeri, sebenarnya telah menyedot lebih dari 70 persen APBD, kalau dilihat dengan jumlah pegawai yang sebesar itu dianggap sudah melebihi kebutuhan kota sehingga menjadi inefisiensi anggaran, bagaimana kita mau memprioritaskan pelayanan kesehatan? ...” (anggota dewan)

Hasil wawancara mendalam dengan beberapa aktor legislatif dan eksekutif tersebut menggambarkan adanya hubungan yang kurang harmonis antara eksekutif dan legislatif dalam proses perumusan kebijakan. Pada tahapan tertentu dewan mengkritisi lebih mendalam dan pada saat-saat tertentu justru tidak dikritisi. Prioritas penganggaran pada tahap-tahap tertentu masih secara parsial, sedangkan menurut DPRD, tujuannya adalah untuk menjamin efisiensi dan efektivitas. Pada tahap pembahasan sebelum ada rancangan, DPRD justru bersikap lebih lunak, sebaliknya pada tahap-tahap pembahasan rancangan berubah menjadi eksekutor. Masalah tersebut tentu akan berdampak nyata kepada program-program unit kerja yang menjadi tidak efektif. Seharusnya untuk merencanakan suatu program tiap-tiap *stakeholder* harus memahami informasi tentang perumusan alokasi belanja bagi program-program tersebut.

Hasil penelusuran dokumentasi (rincian APBD Kota Binjai Tahun 2008 pada anggaran belanja langsung Dinas Kesehatan dan Sekretariat Dewan Kota Binjai tahun 2008) juga menemukan kasus tentang perumusan kebijakan anggaran yang tidak konsisten, yaitu perbedaan tekanan dari dewan mengenai

alokasi anggaran belanja terkait kesejahteraan anggota dewan yang justru jarang diutak-atik. Jenis alokasi anggaran belanja tersebut terserap sebagian besar untuk menunjang operasional anggota dewan, terutama untuk studi banding yang ternyata persentasenya cukup besar. Bahkan jumlah tersebut jauh lebih besar daripada belanja langsung Dinas Kesehatan untuk program-program pelayanan kesehatan dasar. Hasil ini semakin menguatkan besarnya artikulasi kepentingan DPRD dalam perumusan kebijakan yang bukan ditujukan untuk kepentingan publik. Penemuan ini tentu berlawanan dengan pernyataan-pernyataan yang telah disampaikan sebelumnya tentang komitmen untuk peningkatan pelayanan kesehatan yang selalu menjadi prioritas DPRD.

Temuan studi ini menggambarkan bahwa perumusan kebijakan anggaran merupakan proses perebutan sumber daya publik antar-*stakeholder* dalam pemerintahan. Oleh sebab itu, siapa yang dapat memegang peranan yang besar dalam proses penganggaran akan mendapatkan alokasi yang lebih besar. Kondisi ini didukung hasil penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh BIGS tahun 2001. Studi tersebut menyimpulkan bahwa perebutan sumber daya publik merupakan eksekusi dari terpusatnya peran negara di atas segalanya. Titik utama kondisi tersebut adalah belum terakomodasinya kekuatan masyarakat sipil untuk mengartikulasikan kepentingannya dalam proses perumusan kebijakan anggaran.

### **Dilematika Fungsi Puskesmas**

Pengalaman desentralisasi selama tujuh tahun di Indonesia menurut Sutoro (2006) menunjukkan dua peta diametral. Peta pertama menunjukkan bahwa beberapa daerah melakukan terobosan dalam penerapan kebijakan publik yang berpihak kepada penduduk miskin. Dalam konteks kabupaten/kota, peningkatan kesejahteraan masyarakat dilakukan dengan beberapa model, seperti kebijakan yang

mengarah kepada pengurangan angka kemiskinan secara langsung, pengembangan atau pemberdayaan ekonomi lokal, jaminan sosial dan perbaikan layanan publik, serta penguatan ekonomi desa yang keseluruhan alokasi anggarannya khusus.

Peta kedua adalah pemerintah daerah yang kebijakannya kurang berpihak kepada penduduk miskin. Hal ini terlihat dari komitmen pemerintah daerah yang masih rendah untuk menghasilkan perda khusus dalam pelayanan sosial, seperti standar pelayanan minimum ataupun lainnya yang bertujuan untuk penanggulangan kemiskinan. Perda yang telah dihasilkan sebagian besar masih bertujuan untuk menggali sumber-sumber penerimaan daerah yang justru tidak memihak kepada penduduk miskin.

Permasalahan ini makin diperkuat dengan berbagai penelitian dari lembaga-lembaga penelitian, baik di lingkungan akademisi maupun nonakademisi. Departemen Hukum dan HAM dalam publikasinya menemukan bahwa dari keseluruhan perda yang telah disahkan oleh pemerintahan daerah, hanya 5 persen yang sungguh-sungguh memperhatikan masyarakat miskin (*Kompas*, 11/01/2008). Sementara itu, sebagian besar perda lainnya masih terfokus pada aturan untuk peningkatan pendapatan daerah dan selebihnya untuk pemutihan aset daerah yang justru tidak berpihak kepada penduduk miskin.

Contoh kasus yang menarik didapatkan dari hasil wawancara mendalam dengan informan kepala Puskesmas Tanah Tinggi menunjukkan bahwa pengembalian dana dalam bentuk dana operasional sangat tidak realistis apabila dibandingkan dengan kontribusi puskesmas tersebut untuk pendapatan daerah. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kita untuk tahun 2008 sudah ditargetkan dari Dinas Kesehatan untuk menghasilkan PAD sampai 14 juta rupiah, sementara untuk tahun 2004 sampai 2007 kita penghasil

terbesar, tapi kalau Adik bandingkan untuk operasional kami sangat-sangat minim. Bisa Adik bayangkan kami tiap bulan cuma dapat uang 250 ribu dari Dinkes. Coba Adik lihat tukang sapu puskesmas itu, gajinya saja sudah 150 ribu per bulan ...”

Hasil wawancara ini diperkuat dengan hasil dokumentasi data pengelolaan keuangan puskesmas yang dimiliki oleh instansi pengelolaan keuangan di Kota Binjai sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 9. Pengembalian PAD kepada puskesmas untuk dana operasional puskesmas sangat kecil dibandingkan dengan kontribusi puskesmas terhadap PAD (rata-rata kurang dari 50 persen). Kasus seperti ini sebetulnya sudah bukan hal baru karena berdasarkan hasil penelitian GDS (*Governance and Decentralization Survey*) yang dilakukan di PSKK UGM 2006, hal serupa juga terjadi di berbagai wilayah di Indonesia, bahkan kemudian muncul istilah “Si Miskin membiayai Si Kaya”.

Apalagi jika dikaitkan dengan kualitas layanan yang diterima pasien, retribusi yang ditarik dari pasien tidak signifikan dengan kualitas layanan kesehatan yang mereka terima. Sebagai contoh dalam hal pemberian obat. Menurut informasi kepala puskesmas, untuk pemberian obat pasien, pihak puskesmas menerapkan sistem

‘coba-coba’, yaitu dengan memberikan suatu obat antibiotik. Apabila pasien merespons pemberian obat antibiotik tersebut, maka obat akan diberikan. Namun apabila pasien tidak meresponsnya, maka obat tidak akan diberikan. Hal ini terkait dengan keterbatasan stok obat di puskesmas. Sebetulnya setiap tahun (sebelum anggaran berjalan) puskesmas telah memberikan daftar kebutuhan obat di puskesmas ke Dinkes. Namun yang menjadi kendala adalah distribusi obat tersebut yang tidak merata atau tidak tepat waktu. Berikut kutipan wawancara terkait masalah tersebut dengan informan di bidang farmasi.

“... kalau untuk pengadaan obat kita tiap tahun memang ditanya oleh pihak Dinkes dalam hal ini kbid farmasi, tetapi distribusinya sangat tidak mencukupi, yah gimana pun harus disiasati seperti antibiotik A kalau tidak mencukupi kami ganti dengan antibiotik B selama pasien masih bisa merespons ...”

Upaya meningkatkan pendapatan daerah dari hasil retribusi puskesmas ini dipandang oleh anggota dewan Kota Binjai sebagai sesuatu yang tidak sepantasnya. Saat dikonfirmasi mengenai hal ini, salah seorang anggota dewan dari Komisi A yang juga sebagai Ketua Panitia Anggaran DPRD Kota Binjai mengakui bahwa

**Tabel 9**  
Perbandingan Dana Operasional dan Kontribusi PAD Puskemas di Kota Binjai Tahun 2008 (dalam Ribuan Rupiah)

Nama Puskesmas	Dana Operasional Puskemas	Kontribusi Puskesmas Terhadap PAD	Rasio (%)
Tanah Tinggi	3.000	14.000	21,4
Bandar Senembah	4.500	13.800	32,6
H.A.H. Hasan	4.700	10.980	42,8
Rambung	3.805	4.739	80,3
B.Estate	4.300	10.459	41,1
Binjai Kota	3.800	11.639	32,6
Jati Makmur	2.500	9.302	26,8
Kebun Lada	3.900	10.980	35,5

Sumber: DPKAD Kota Binjai, 2008

memang pendapatan daerah Kota Binjai sangat minim, namun hal tersebut tidak dapat dijadikan alasan untuk menggali pendapatan daerah dari puskesmas. Berikut kutipan wawancara tersebut.

“... kita akui memang pendapatan daerah, khususnya PAD dari Kota Binjai rendah, tetapi itu tidak bisa dijadikan sebagai alasan pembenaran untuk menggantinya dari puskesmas. Kita masih memiliki hati nurani kalau memprioritaskan untuk menggali dari puskesmas kita kan mewakili dari daerah pemilihan di kecamatan pasti itu akan memengaruhi kredibilitas kami di mata masyarakat. Justru seharusnya kita mengambil contoh di kabupaten lain, seperti Sragen atau Jembrana ...”

Kondisi yang terjadi di Kota Binjai ini juga terjadi di beberapa daerah lain di Indonesia. Penelitian PSKK UGM<sup>11</sup> tentang desentralisasi dan otonomi daerah yang dilakukan di 220 kabupaten/kota menemukan kecenderungan tersebut. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa ada kecenderungan pemerintah kabupaten/kota meningkatkan sumber pendapatan daerah dari puskesmas, namun tanpa dibarengi dengan pengembalian yang sesuai dalam pelaksanaannya. Banyak keluhan dari pihak puskesmas (dalam hal ini kepala puskesmas) mengenai hal ini karena besar kecilnya dana pengembalian hasil retribusi untuk biaya operasional puskesmas sangat mem-

mengaruhi kualitas pemberian layanan di puskesmas. Minimnya pengembalian uang retribusi tersebut memunculkan anggapan di kalangan *stakeholders* bahwa otonomi daerah meningkatkan KKN (lihat Grafik 5).

Hasil penelitian yang dilakukan tujuh tahun yang lalu ternyata sampai saat ini masih juga terjadi atau dengan kata lain, belum ada perubahan yang mengarah pada perbaikan sistem pelayanan kesehatan, terutama di Kota Binjai. Belum adanya perubahan pola pandang pemerintah daerah (dalam hal ini Pemerintah Kota Binjai) merupakan sumber masalah yang paling utama. Jika hal ini dibiarkan berlarut-larut, akan memunculkan sikap apatis dari warga masyarakat. Sebagai contoh hasil penelitian dari Departemen Hukum dan HAM (2007) menunjukkan bahwa semakin tinggi tanggapan negatif terhadap pelayanan publik justru berakibat pada berkurangnya ketaatan dari masyarakat untuk membayar pajak atau retribusi.

**Gambar 2**  
**Tanggapan Stakeholder bahwa Otonomi Daerah Meningkatkan KKN (%)**



Sumber: *Governance and Decentralization Survey (GDS)*, 2002

<sup>11</sup> *Governance and Decentralization Survey (GDS)* tahun 2002.

## Simpulan

Hasil penelitian dan pembahasan pada bagian sebelumnya menunjukkan bahwa kebijakan anggaran bidang kesehatan di Pemerintah Kota Binjai belum berpihak kepada penduduk miskin. Salah satu bukti nyata adalah persentase alokasi anggaran belanja puskesmas ternyata lebih kecil daripada persentase penduduk tidak miskin. Hal tersebut puskesmas di Kota Binjai. Salah satu faktor yang mengakibatkan fenomena ini adalah sikap ego sektoral Dinas Kesehatan. Kasus yang menguatkan fenomena ini didasarkan pada dua temuan, yaitu tidak dilibatkannya puskesmas dalam proses perumusan dan juga adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran ke dalam bentuk fisik tiap-tiap bidang. Hal ini berdampak terhadap penurunan biaya operasional puskesmas. Perlu adanya perubahan mekanisme formulasi kebijakan anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Binjai untuk dapat berpihak kepada penduduk miskin. Di samping itu, DPRD Kota Binjai hendaknya meningkatkan kapabilitas dan keberpihakan kepada masyarakat miskin dalam melegislasi alokasi anggaran dan kelayakan rencana kerja yang dianggarkan oleh eksekutif sehingga dapat menjadi rekan kerja yang mendukung dari pemerintah daerah berarti bahwa alokasi anggaran belanja secara keseluruhan dinikmati oleh penduduk yang tidak miskin dan tidak bersisa untuk penduduk miskin. Oleh karenanya, perlu diterapkan aturan main tentang bagi hasil dana operasional puskesmas dan kontribusi puskesmas terhadap pendapatan daerah. Hal ini penting diterapkan untuk meningkatnya pelayanan yang diberikan oleh puskesmas terutama dalam hal kualitas pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin.

Pembahasan tentang mekanisme perumusan kebijakan anggaran dalam rangka pembiayaan puskesmas menunjukkan bahwa diterapkannya otonomi daerah berdampak terhadap penurunan pembiayaan bagi pelayanan

puskesmas di Kota Binjai. Salah satu faktor yang mengakibatkan fenomena ini adalah sikap ego sektoral Dinas Kesehatan. Kasus yang menguatkan fenomena ini didasarkan pada dua temuan, yaitu tidak dilibatkannya puskesmas dalam proses perumusan dan juga adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran ke dalam bentuk fisik tiap-tiap bidang. Hal ini berdampak terhadap penurunan biaya operasional puskesmas. Perlu adanya perubahan mekanisme formulasi kebijakan anggaran pada Dinas Kesehatan Kota Binjai untuk dapat berpihak kepada penduduk miskin. Di samping itu, DPRD Kota Binjai hendaknya meningkatkan kapabilitas dan keberpihakan kepada masyarakat miskin dalam melegislasi alokasi anggaran dan kelayakan rencana kerja yang dianggarkan oleh eksekutif sehingga dapat menjadi rekan kerja yang mendukung dari pemerintah daerah.

## Daftar Pustaka

- Bastian, Indra. 2006. *Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintah Daerah di Indonesia*. Jakarta: Salemba Empat.
- Latief, M. Syahbudin dan P., Evita Hanie. 2004. "Pemerintah Kabupaten/Kota yang Berpihak pada Penduduk Miskin: Upaya Awal Penyusunan Indikator". Dalam Faturochman, dkk. (eds.). *Dinamika Kependudukan dan Kebijakan*. Yogyakarta: PSKK UGM, halaman 289-321.
- Kompas*. 2008. "Hanya 5 Persen Perda yang Perhatikan Rakyat Miskin." 11 Januari.
- Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.

Sutoro, Eko. 2006. "Mengkaji Ulang Good Governance", *Jurnal Ilmu Sosial Alternatif*. Thomas, Vinod, dkk. 2001. *The Quality of Growth* (Kualitas Pertumbuhan). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Universitas Gadjah Mada Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan. *Pedoman Penelitian Survei Governance dan Desentralisasi*. 2002. Yogyakarta: Kerja sama dengan PSKK UGM-PEG USAID-UNDP-World Bank.

Wibawa, Samodra. 1994. *Kebijakan Publik: "Proses dan Analisis"*. Jakarta: Intermedei.