

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ALOKASI BELANJA KESEHATAN PADA KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI ACEH

Cici Darmayanti^{1*)}, Nadirsyah²⁾, Syukriy Abdullah³⁾

¹⁾ Dosen FE Universitas Teuku Umar, Meulaboh, Aceh Barat

^{*)}cicidarmayanti@yahoo.com

^{2,3)} Staf Pengajar Magister Akuntansi Pascasarjana Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

ABSTRACT

The objective of this study is to test the effect of special autonomy fund allocation, special allocation fund, infrastructure expenditure allocation, population, health ranking, and local government financial performance to health expenditure allocation in districts/cities in Aceh. The population in this study was 23 districts/cities in Aceh with observation period from 2011 to 2012. The approach and method used are quantitative and multiple linear regression. The study results show that, both simultaneously and partially, the variables of special autonomy fund allocation, special allocation fund, infrastructural expenditure allocation, population, health ranking, and local government financial performance have significant effect on health expenditure allocation in districts/cities in Aceh. In next study, the researcher recommends to use time series data and to add more independent variables.

Keywords: *special autonomy fund, special allocation fund, health ranking, local government financial performance and health expenditure.*

1. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang tujuannya meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang agar derajat kesehatan masyarakat yang baik terwujud. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Satu faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan yang baik, yakni seberapa besar tingkat pembiayaan untuk sektor kesehatan (Sujudi, 2003). Besarnya belanja kesehatan berhubungan positif terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Anggaran kesehatan di Indonesia sangat minim. Persoalan kesehatan yang dihadapi juga beragam dengan disparitas yang tinggi. Misalnya, latar belakang pendidikan, keyakinan, status sosial ekonomi, perbedaan jarak geografis, dan kurang cakupan jaminan kesehatan sehingga mengakibatkan pela-

nyan kesehatan belum dinikmati secara merata oleh masyarakat Indonesia. Padahal, kesehatan menjadi salah satu indikator pembangunan manusia, bersama dengan pendidikan. Minimnya anggaran kesehatan Indonesia dapat dilihat dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) yang rata-rata hanya 2%, sedangkan negara-negara tetangga mengalokasikan biaya kesehatan yang cukup tinggi, seperti Malaysia, Thailand, dan Timor Leste yang mengalokasikan 12% untuk dana kesehatan (Anonim, 2011).

Untuk konteks Aceh, belanja kesehatan yang berasal dari APBD terus meningkat menjadi lebih dari Rp2 triliun pada 2012. Pada tahun 2012, pembiayaan yang dilakukan provinsi sebesar Rp904 miliar, sedangkan kabupaten Rp1,4 triliun. Pembiayaan di tingkat provinsi meningkat signifikan sejak tahun 2008, searah dengan adanya tambahan sumber pembiayaan dari dana otonomi khusus (otsus). Program kesehatan pemerintah

Aceh, yaitu Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) yang menganggarkan dana sebesar Rp243 miliar pada tahun 2010 dan Rp400 miliar tahun 2011 turut menambah porsi belanja kesehatan provinsi (PECAPP, 2013).

Dana Otonomi Khusus merupakan penerimaan Pemerintah Aceh yang ditujukan untuk membiayai pembangunan, terutama pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur, pemberdayaan ekonomi rakyat, pengentasan kemiskinan, dan pendanaan pendidikan, sosial dan kesehatan. Dana Otonomi Khusus berlaku untuk jangka waktu 20 (dua puluh) tahun, dengan rincian untuk tahun pertama sampai dengan tahun kelima belas besarnya setara dengan 2% (dua persen) plafon Dana Alokasi Umum Nasional dan untuk tahun keenam belas sampai dengan tahun kedua puluh besarnya setara dengan 1% (satu persen) plafon Dana Alokasi Umum Nasional. Pada pasal 11 Qanun No. 2 Tahun 2008 dijelaskan bahwa sebanyak 40% (empat puluh persen) dana otsus dialokasikan untuk program dan kegiatan pembangunan Aceh, dalam hal ini adalah pemerintah provinsi. Sementara 60% (enam puluh persen) sisanya dialokasikan untuk program dan kegiatan pembangunan di kabupaten/kota.

Dana Alokasi Khusus (DAK) adalah alokasi dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara kepada provinsi/kabupaten/kota tertentu dengan tujuan untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan pemerintahan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

Alokasi belanja infrastruktur berhubungan dengan kesehatan didasarkan pada pemahaman bahwa pelayanan kesehatan yang baik sangat dipengaruhi oleh ketersediaan sarana dan prasarana publik, seperti jalan dan jembatan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa penanganan kematian ibu dan anak akan bermuara pada infrastruktur, menjadikan daerah pedesaan lebih *urbanize*. Investasi terhadap infrastruktur bukanlah hal yang harus diragukan karena berdampak langsung terhadap kesehatan dan perekonomian pada ujungnya (http://kesehatan-ibuanak.net/infrastruktur_untuk_kesehatan).

Pada 2010, hampir semua wilayah kabupaten/kota di Provinsi Aceh mempunyai peringkat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang rendah, kecuali kota Sabang dan Kota Banda Aceh pada peringkat 12 dan 76 dari 440 kabupaten/kota di Indonesia. Bahkan Aceh Jaya dan Aceh Selatan menempati posisi peringkat 414 dan 424 dari 440 (Eman, 2011). Hasil penelitian Sapha (2012) menunjukkan bahwa alokasi anggaran kesehatan berpengaruh signifikan terhadap estimasi usia

harapan hidup dan status gizi masyarakat. Kabupaten/kota seringkali menggunakan anggaran belanja kesehatan untuk program pengadaan pembangunan secara fisik, seperti pembangunan rumah sakit, puskesmas dan jaringannya.

Penelitian Gordon, Gerzoff, dan Richards (1997) tentang pengeluaran kesehatan pada departemen kesehatan lokal di Amerika Serikat tahun 1992-1993 menunjukkan bahwa terdapat variabilitas yang besar antara pengeluaran kesehatan per kapita departemen kesehatan lokal, dimana 70% dari variabilitas (ukuran penyebaran) tersebut didapatkan dari perbedaan jumlah penduduk/populasi di wilayah yuridiksi departemen kesehatan. Rerata pengeluaran tahunan kesehatan per kapita yang diteliti pada departemen kesehatan lokal di Amerika Serikat adalah US\$26 per hari.

Merujuk penjelasan di atas diperoleh informasi tersedianya alokasi anggaran kesehatan dari DAK dan Otsus. Faktanya alokasi belanja kesehatan tidak pernah diketahui seberapa besar anggaran yang terdistribusi dibidang kesehatan karena tidak pernah disosialisasikan kepada publik dan tidak diinformasikan pada tingkat birokrasi, sehingga sangat perlu ditindaklanjuti dalam penelitian. Diharapkan dapat memberi gambaran utuh terhadap alokasi anggaran kesehatan selama periode 2011 dan 2012.

2. Landasan Teoritis

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) merupakan suatu gambaran atau tolok ukur penting keberhasilan suatu daerah di dalam meningkatkan potensi perekonomian daerah. Artinya jika perekonomian daerah mengalami pertumbuhan, maka akan berdampak positif terhadap peningkatan pendapatan asli daerah, khususnya penerimaan pajak daerah (Saragih, 2003:127).

Struktur APBD berdasarkan Pasal 22 Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 59/2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah terdiri dari Pendapatan, Belanja, dan Pembiayaan. Pendapatan dikelompokkan atas pendapatan asli daerah, dana perimbangan, dan lain-lain pendapatan daerah yang sah. Belanja dikelompokkan menjadi belanja tidak langsung dan belanja langsung. Pembiayaan daerah mencakup penerimaan dan pengeluaran pembiayaan. Penerimaan pembiayaan meliputi sisa lebih perhitungan anggaran tahun sebelumnya, pencairan dana cadangan, hasil dari penjualan kekayaan daerah yang dipisahkan, penerimaan pinjaman daerah, peneri-

maan kembali pemberian pinjaman, dan penerimaan piutang daerah. Pengeluaran pembiayaan terdiri dari pembentukan dana cadangan, penyertaan modal pemerintah daerah, pembayaran pokok hutang, dan pemberian pinjaman daerah.

Alokasi Belanja Kesehatan

Sektor kesehatan memiliki definisi yang lebih luas di negara sedang berkembang dari pada negara-negara maju. Perbedaan definisi ini akan mempengaruhi proses pengambilan kebijakan di sektor kesehatan, terutama dalam hal pembiayaannya. Dalam rangka mencapai tujuan dan sarana pembangunan kesehatan maka diperlukan dana, baik yang bersumber dari pemerintah maupun dari masyarakat. Gani (1984) menyebutkan bahwa secara garis besar sumber pembiayaan untuk upaya kesehatan dapat digolongkan sebagai sumber pemerintah dan sumber non-pemerintah (masyarakat dan swasta).

Menurut Atmawikarta (2004), salah satu faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat adalah seberapa besar tingkat pembiayaan untuk bidang kesehatan. Makin besar belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah, maka makin baik pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Pembiayaan kesehatan Aceh terus meningkat, mencapai lebih dari Rp1,9 triliun pada tahun 2011. Belanja per kapita kesehatan Aceh menempati peringkat ke-4 di Indonesia sebesar Rp400 ribu dibandingkan dengan angka nasional pada tahun 2010 sebesar Rp255 ribu. Jumlah yang relatif besar ini mestinya memberikan kesempatan bagi Aceh untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada masyarakatnya, tapi jumlah penduduk yang juga makin meningkat menjadi tantangan bagi Aceh untuk mencari strategi memanfaatkan alokasi belanja tersebut (PECAPP, 2011).

Walaupun begitu, masih ada kabupaten/kota di Aceh yang menganggarkan anggaran kesehatannya di bawah 10%, meski peraturan perundangan mensyaratkan minimal 10% belanja daerah untuk kesehatan (Satri, 2013). Misalnya, rata-rata proporsi belanja urusan kesehatan terhadap belanja daerah tahun 2008-2011 di Kota Banda Aceh yang hanya menganggarkan 8% dan Kabupaten Bener Meriah 8,2% (Seknas Fitra, 2012).

Dana Otonomi Khusus

Aceh mendapatkan tambahan sumberdaya fiskal secara signifikan sejak tahun 2008 saat dimulainya penerimaan dana otonomi khusus. Penerimaan dana otonomi khusus telah membuat Aceh menjadi

salah satu provinsi dengan sumber daya fiskal terbesar di Indonesia dengan peringkat ke-7. Penerimaan dana Otsus ini akan berlangsung selama 20 tahun sampai dengan tahun 2028 dengan proyeksi total penerimaan sebesar Rp100 triliun.

Pasal 183 Ayat 1 Undang-undang No 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh menyebutkan bahwa pemanfaatan dana Otsus diatur untuk: (i) Membiayai pembangunan terutama pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur; (ii) Pemberdayaan ekonomi rakyat; (iii) Pengentasan kemiskinan; dan (iv) Pendanaan pendidikan, sosial, dan kesehatan.

Di bidang kesehatan, 70% alokasi Otsus digunakan untuk program peningkatan pelayanan kesehatan, dimana bagian paling besar untuk membiayai jaminan kesehatan Aceh. Program pembangunan dan peningkatan infrastruktur Puskesmas dan RS menyerap 20% berikutnya dari alokasi bidang kesehatan, sementara 10% digunakan untuk layanan medis, obat-obatan serta program promosi kesehatan masyarakat (Aliasuddin, Ichsan, dan Fahmi, 2011:37).

Dana Alokasi Khusus

Pasal 162 UU No.32/2004 menyebutkan DAK dialokasikan dalam APBN untuk daerah tertentu dalam rangka penganggaran desentralisasi sebagai berikut: (1) membiayai kegiatan khusus yang ditentukan Pemerintah Pusat atas dasar prioritas nasional dan (2) membiayai kegiatan khusus yang diusulkan daerah tertentu. Kebutuhan khusus yang dapat dibiayai oleh DAK adalah kebutuhan yang tidak dapat diperkirakan secara umum dengan menggunakan rumus DAU dan kebutuhan yang merupakan komitmen atau prioritas nasional.

Pelaksanaan DAK sendiri diarahkan pada kegiatan investasi pembangunan, pengadaan, peningkatan, dan/atau perbaikan sarana dan prasarana fisik pelayanan masyarakat dengan umur ekonomis yang panjang, termasuk pengadaan sarana fisik penunjang, dan tidak termasuk penyertaan modal. Pedoman pelaksanaan DAK di daerah diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan yang ditetapkan setiap tahunnya. Penggunaan DAK bidang kesehatan untuk tahun anggaran 2011-2013, penggunaannya ditujukan pada pelayanan dasar, pelayanan farmasi, dan pelayanan rujukan. Untuk tingkat Provinsi, anggaran DAK hanya ditujukan pada pelayanan rujukan.

Alokasi Belanja Infrastruktur

Infrastruktur adalah segala struktur bentuk berwujud fisik yang digunakan untuk menyangga berlakunya kegiatan masyarakat, sehingga dapat mene-

kan ketidakefisiensian dari aktivitas masyarakat dan meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Infrastruktur dibuat sesuai permintaan yang seefisien mungkin dan dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat luas.

Hasil laporan PECAPP tentang analisis belanja publik Aceh 2012 menunjukkan bahwa belanja infrastruktur Aceh berada di peringkat ke-7 terbesar di Indonesia dengan nilai belanja per kapitanya sebesar Rp736 ribu, sedangkan rata-rata nasional tercatat sebesar Rp358 ribu. Pembangunan jalan dan jembatan memiliki porsi terbesar dari belanja infrastruktur Aceh sebesar 44% (PECAPP, 2013).

Berdasarkan Buku Panduan Analisis Kebijakan Publik Aceh tahun 2010 disebutkan selama periode 2008-2010, pemanfaatan paling tinggi dalam pengalokasian dana Otsus adalah bidang infrastruktur, termasuk di dalamnya infrastruktur bangunan pendidikan, kesehatan, dan lainnya. Selain infrastruktur, bidang lain yang mendapat alokasi besar adalah pemberdayaan ekonomi dan pendidikan.

Jumlah Penduduk

Peningkatan jumlah penduduk dan bertambah banyaknya masalah kesehatan yang timbul dari transisi epidemiologi, permintaan untuk pelayanan kesehatan umum yang bermutu tinggi telah meningkat, yang menyebabkan pentingnya pengalokasian sumber dana kesehatan. Namun, kemampuan pemerintah dalam penyediaan dana sangat terbatas. Oleh sebab itu, pengaturan keuangan menjadi sangat penting disamping mencari sumber-sumber masyarakat untuk biaya tambahan bagi pelayanan kesehatan. Mekanisme alternatif untuk membiayai pelayanan kesehatan termasuk: rencana asuransi perawatan kesehatan masyarakat, adanya biaya pemakaian (*user-fee*) untuk menunjang kegiatan operasional di RS, dan privatisasi.

Qanun No. 2/2008 telah mengatur bahwa pembagian kepada masing-masing kabupaten/kota adalah mengikuti formula yang mempertimbangkan indikator seperti jumlah penduduk. Jika dikorelasikan dengan perencanaan dana otonomi khusus disektor kesehatan, hasil analisis Masyarakat Transparansi Aceh (MaTA) dan *Public Expenditure Analysis & Capacity Strengthening Program* (PECAPP) yang didukung Bank Dunia (World Bank) dan Australia Aid (AusAid) tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah penduduk merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan. Bentuknya ditunjukkan dengan program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), dimana pengalokasian anggaran kesehatan sangat ditentukan oleh jumlah penduduk yang menikmati pelayanan kesehatan yang dibiayai JKA tersebut.

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan. IPKM dimanfaatkan sebagai indikator yang menentukan peringkat pemerintah daerah dalam keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat, bahan advokasi ke pemerintah daerah agar terpacu menaikkan peringkatnya sehingga sumberdaya dan program kesehatan diprioritaskan, serta sebagai salah satu kriteria penentuan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (Kementerian Kesehatan, 2010).

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2010, Provinsi Aceh mengalami peningkatan IPKM dari 0,4 (2007) menjadi 0,55 (2010). Pada tahun 2012, Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan di Aceh sebesar Rp242.568 miliar, dimana alokasi anggaran itu tersebar dalam dana tugas pembantuan bidang kesehatan, dekonsentrasi, dan DAK. Hasil analisis Seknas Fitra (2012) atas anggaran daerah tahun 2011 di 20 kabupaten/kota yang menjadi partisipan program KINERJA menyatakan bahwa empat kabupaten dengan IPKM di bawah 0,5, yaitu Simeulue, Aceh Singkil, Melawi, dan Aceh Tenggara sudah mengalokasikan anggaran kesehatan per kapita yang relatif tinggi (minimal Rp250 ribu).

Kinerja Keuangan Pemerintah Daerah

Mengukur dan mengevaluasi hasil dari kinerja keuangan daerah bisa dilihat pada daya serap anggaran masa lalu yang tergambar pada besaran sisa anggaran pada akhir tahun (SiLPA). Jika kondisinya SiLPA besar, maka kinerja pemerintah daerah tidak bagus karena menunjukkan ketidakselarasan dalam perencanaan/penganggaran. Lee & Plummer (2007) menyatakan bahwa kinerja masa lalu dijadikan dasar untuk mengalokasikan anggaran pada tahun anggaran berikutnya (*budget ratcheting*). Selanjutnya, sisa anggaran tahun sebelumnya dapat digunakan untuk sektor kesehatan karena sebagian besar sisa tersebut belum ditentukan peruntukannya. Pengalokasian ke sektor kesehatan relevan dengan prioritas pembangunan daerah dalam upaya untuk mencapai target MDGs. Pengalokasian ke sektor kesehatan meliputi ketiga jenis belanja, yakni belanja pegawai, barang dan jasa, dan belanja modal (Abdullah, 2013a).

Abdullah (2013b) menemukan bahwa sisa anggaran berpengaruh positif terhadap alokasi belanja operasional secara keseluruhan. Dengan menggunakan data perubahan anggaran, Abdullah (2013b) juga menyimpulkan bahwa perubahan selisih antara estimasi sisa anggaran dengan realisasinya berpengaruh terhadap perubahan alokasi belanja operasional.

Hipotesis

Hipotesis penelitian yang diuji, yaitu dana otonomi khusus, dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam IPKM, dan kinerja keuangan pemerintah daerah berpengaruh, baik secara simultan maupun secara parsial, terhadap alokasi belanja kesehatan pada kabupaten/kota Prov. Aceh.

3. Metodologi Penelitian

Penelitian ini berperspektif studi pengujian hipotesis dengan data kuantitatif. Pengujian hipotesis memberikan pemahaman lebih baik mengenai hubungan yang eksis antarvariabel dan dapat menentukan hubungan sebab-akibat (Sekaran, 2007).

Jenis data yang digunakan adalah data sekunder mengenai dana otonomi khusus, dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, kinerja keuangan pemerintah daerah, dan alokasi belanja kesehatan untuk 23 kabupaten/kota Di Provinsi Aceh tahun anggaran 2011-2012. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini dengan studi dokumen atau disebut juga studi pustaka yang diperoleh dari Biro Pusat Statistik (BPS) Provinsi Aceh, Bappeda Aceh, dan Dinas Kesehatan Provinsi Aceh. Selain itu, sumber data juga diperoleh dari akses melalui internet, laporan penelitian, dan jurnal.

Operasionalisasi Variabel

Variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari: 1) Dana Otonomi Khusus adalah dana yang dialokasikan untuk membiayai pelaksanaan otonomi khusus suatu daerah; 2) Dana Alokasi Khusus adalah dana yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) yang dialokasikan kepada daerah untuk membantu membiayai kebutuhan khusus yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional; 3) Alokasi Belanja Infrastruktur adalah jumlah alokasi belanja infrastruktur dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten/Kota (APBK); 4) Jumlah Penduduk adalah jumlah manusia yang bertempat tinggal atau berdomisili pada suatu wilayah/daerah dan memiliki mata pencaharian tetap di daerah itu serta tercatat secara sah berdasarkan peraturan yang berlaku di daerah tersebut; 5) Peringkat Kesehatan kabupaten/kota diukur dengan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM); dan 6) Kinerja Keuangan Pemerintah Daerah adalah pencapaian dalam pelaksanaan anggaran daerah yang diukur dengan besaran sisa anggaran tahun sebelumnya yang diprediksikan dalam kelebihan penerimaan perubahan SiLPA.

Variabel dependennya adalah Alokasi Belanja Kesehatan yang diukur dengan jumlah alokasi anggaran kesehatan yang tercantum dalam APBK.

Metode Analisis

Penelitian ini menggunakan metode analisis regresi linear berganda yang merupakan suatu prosedur yang sangat kuat dan fleksibel untuk menganalisis hubungan asosiatif antara variabel dependen dengan banyak variabel independen (Malhotra, 1996 dalam Mangkuatmodjo, 2004:189). Rumus persamaan regresi linear berganda, yaitu:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \varepsilon$$

Keterangan:

- Y : Alokasi Belanja Kesehatan
- X₁ : Dana Otonomi Khusus
- X₂ : Dana Alokasi Khusus
- X₃ : Jumlah Penduduk
- X₄ : Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
- X₅ : Dana Alokasi Infrastruktur
- X₆ : Kinerja Keuangan Pemerintah Daerah
- E : *Error Term*

Rancangan pengujian hipotesis dalam penelitian ini, yaitu 1) H₀ : $\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = 0$, yang artinya dana otonomi khusus, dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, indeks pembangunan kesehatan masyarakat, dan kinerja keuangan pemerintah daerah tidak berpengaruh terhadap alokasi belanja kesehatan, baik secara simultan maupun parsial; 2) H_a : paling tidak ada satu dari $\beta \neq 0$, yang artinya dana otonomi khusus, dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, indeks pembangunan kesehatan masyarakat, dan kinerja keuangan pemerintah daerah berpengaruh terhadap alokasi belanja kesehatan, secara simultan maupun parsial.

4. Hasil dan Pembahasan

Analisis Uji Statistik

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan Minitab versi 16.0, maka diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$\hat{Y} = 1,44 + 0,307x_1 + 0,139x_2 + 0,080x_3 + 0,111x_4 + 0,006x_5 + 0,0247x_6$$

Persamaan regresi di atas menunjukkan bahwa nilai koefisien dana otonomi khusus (x_1) sebesar 0,307; nilai koefisien dana alokasi khusus (x_2) sebesar 0,139; nilai koefisien alokasi belanja infrastruktur (x_3) sebesar 0,080; nilai koefisien jumlah penduduk (x_4) sebesar 0,111; nilai koefisien peringkat kesehatan dalam IPKM (x_5) sebesar 0,006; dan nilai koefisien kinerja keuangan (x_6) = 0,0247.

Nilai koefisien regresi dari variabel independen menunjukkan bahwa masing-masing nilai tersebut

tidak sama dengan nol. Berdasarkan rancangan pengujian hipotesis bahwa apabila $H_1: \beta_i \neq 0$ ($i = 1,2,3,4,5,6$), maka hasil pengujian hipotesis adalah menolak H_0 karena hipotesis H_1 terpenuhi. Hal ini berarti bahwa model yang digunakan signifikan atau setiap variabel independen, baik secara simultan maupun parsial, mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap alokasi belanja kesehatan di Aceh.

Pembahasan

Pengaruh Seluruh Variabel Independen secara Simultan terhadap Variabel Dependen (Alokasi Belanja Kesehatan)

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis menunjukkan bahwa koefisien regresi β_1 (Dana Otonomi Khusus), β_2 (Dana Alokasi Khusus), β_3 (Alokasi Belanja Infrastruktur), β_4 (Jumlah penduduk), β_5 (Peringkat Kesehatan dalam IPKM), β_6 (Kinerja Keuangan) bernilai tidak sama dengan nol.

Berdasarkan ketentuan uji hipotesis yang telah disusun sebelumnya bahwa jika paling sedikit ada satu β_i ($i = 1,2,3,4,5,6$) $\neq 0$, maka dana otonomi khusus, dana alokasi kesehatan, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam IPKM dan kinerja keuangan secara simultan berpengaruh pada alokasi belanja kesehatan.

Pengaruh Dana Otonomi Khusus terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel dana otonomi khusus berpengaruh terhadap alokasi belanja kesehatan. Nilai koefisien regresi (β_1) = 0,3073 yang positif berarti dana otonomi khusus mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan. Pemerintah Aceh mengalokasikan 70% alokasi dana Otsus untuk digunakan pada program peningkatan pelayanan kesehatan, yang bagian terbesarnya untuk membiayai JKA. Program pembangunan dan peningkatan infrastruktur Puskesmas dan RS dialokasikan sebesar 20%, sedangkan 10% nya digunakan untuk layanan medis, obat-obatan serta program promosi kesehatan masyarakat (Aliasuddin, Ichsan, dan Fahmi, 2011). Hal ini mengindikasikan bahwa dana Otsus berkontribusi terhadap alokasi belanja kesehatan yang makin meningkat tiap tahunnya yang berujung pada pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Pengaruh Dana Alokasi Khusus terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian mengindikasikan variabel dana alokasi khusus berpengaruh terhadap alokasi belanja kesehatan.

Nilai koefisien regresi (β_2) = 0,1393 yang positif berarti dana alokasi khusus mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan. Faktor utama dana alokasi khusus berpengaruh dikarenakan alokasi belanja kesehatan diberikan secara signifikan dalam pengalokasiannya. Hasil ini sejalan dengan penelitian Prakosa (2004) yang menyebutkan Dana Alokasi dan pendapatan asli daerah berpengaruh signifikan terhadap belanja daerah.

Pengaruh Belanja Infrastruktur terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara dana belanja infrastruktur terhadap alokasi belanja kesehatan di Aceh dengan nilai koefisien regresi (β_3) = 0,0804. Nilai koefisien regresi yang positif berarti alokasi belanja infrastruktur mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan.

Berdasarkan Buku Panduan Analisis Kebijakan Publik Aceh tahun 2010 bahwa bidang infrastruktur selalu mendapat alokasi tertinggi dalam pemanfaatan dana Otsus, termasuk infrastruktur bangunan pendidikan dan kesehatan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa penanganan kematian ibu dan anak akan bermuara pada infrastruktur dan menjadikan daerah pedesaan lebih *urbanize*. Investasi terhadap infrastruktur merupakan hal penting karena berdampak langsung terhadap kesehatan dan perekonomian pada ujungnya (<http://kesehatan-ibuanak.net/> *infrastruktur untuk kesehatan*). Penelitian Sapha (2012) juga menyatakan belanja kesehatan di kabupaten/kota seringkali dititikberatkan pada program pengadaan pembangunan fisik, seperti pembangunan Puskesmas/Pustu dan jaringannya serta rumah sakit.

Pengaruh Jumlah Penduduk terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian untuk variabel jumlah penduduk terhadap alokasi belanja kesehatan adalah adanya pengaruh di antara kedua variabel. Nilai koefisien regresi (β_4) = 0,111 yang positif menunjukkan bahwa jumlah penduduk mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan.

Analisis PECAPP tahun 2013 menyatakan bahwa jumlah penduduk merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan dana otonomi khusus di sektor kesehatan. Hal ini sesuai dengan Qanun No. 2/2008 yang telah mengatur bahwa pembagian kepada masing-masing kabupaten/kota mempertimbangkan indikator jumlah penduduk. Bentuknya ditunjukkan dengan program

Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), dimana pengalokasian anggaran kesehatan sangat ditentukan oleh jumlah penduduk yang menikmati pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh JKA.

Pengaruh Peringkat Kesehatan terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian untuk variabel peringkat kesehatan terhadap alokasi belanja kesehatan adalah adanya pengaruh di antara kedua variabel. Nilai koefisien regresi (β_5) = 0,065 yang positif menunjukkan bahwa peringkat kesehatan dalam IPKM mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan. Hal ini sesuai dengan analisis Seknas Fitra (2012) pada Kabupaten Simeulue, Aceh Singkil, dan Aceh Tenggara. Walaupun ketiga kabupaten ini memiliki nilai IPKM di bawah 0,5, tetapi mereka telah mengalokasikan anggaran kesehatannya per kapitanya minimal Rp250 ribu. IPKM juga telah menjadi rujukan dan pertimbangan bagi pemerintah pusat melalui kementerian kesehatan yang mengalokasikan anggaran kesehatan untuk Aceh sebesar Rp242.568 miliar pada tahun 2012, dimana alokasi anggarannya tersebar dalam dana tugas pembantuan kesehatan, dekonsentrasi dan dana alokasi khusus.

Pengaruh Kinerja Keuangan terhadap Alokasi Belanja Kesehatan

Hasil penelitian untuk variabel kinerja keuangan adalah adanya pengaruh terhadap alokasi belanja kesehatan. Nilai koefisien regresi (β_6) = 0,0246 yang positif berarti kinerja keuangan mempunyai hubungan yang positif terhadap alokasi belanja kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja keuangan pemerintah daerah, terutama kinerja masa lalu telah mulai dijadikan sebagai rujukan untuk mengalokasikan anggaran pada tahun berikutnya, khususnya di sektor kesehatan.

5. Simpulan dan Saran

Simpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan dana otonomi khusus, dana alokasi khusus, alokasi belanja infrastruktur, jumlah penduduk, peringkat kesehatan dalam IPKM, dan kinerja keuangan pemerintah daerah berpengaruh signifikan terhadap variabel alokasi belanja kesehatan pada kabupaten/kota Di Provinsi Aceh, baik secara simultan maupun parsial selama tahun anggaran 2011-2012.

Saran

Untuk penelitian selanjutnya dapat menambah variabel lain yang dianggap memiliki pengaruh

terhadap alokasi belanja kesehatan dan menambah periode waktu (tahun) yang lebih banyak atau dapat dikatakan menggunakan data *time series*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Syukriy. (2013a). *Perubahan APBD*. <<http://syukriy.wordpress.com/2013/04/22/perubahan-apbd/>> [12/12/2013, pukul 00.50].
- Abdullah, Syukriy. 2013b. *Pengaruh SiLPA terhadap Belanja*.: <<http://syukriy.wordpress.com/2013/12/16/pengaruh-silpa-terhadap-belanja>> [25/01/2014, pukul 17.30].
- Aliasuddin, Ichsan, dan Ahmad Zaki Fahmi. (2011). Laporan Kajian Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Otsus Aceh. Kerjasama antara Universitas Syiah Kuala dan Universitas Malikussaleh dengan dukungan teknis dari Decentralization Support Facility (DSF)-World Bank. Banda Aceh, November.
- Anonim. (tanpa tahun). *Infrastruktur untuk Kesehatan*. Melalui <<http://kesehatan-ibuanak.net/infrastruktur-untuk-kesehatan/>> [02/12/2013, pukul 01.10].
- Anonim. (2011). *Minimnya Anggaran Kesehatan Langgar Hak Rakyat*. Melalui <<http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt4ed6f3c486402/minimnya-anggaran-kesehatan-langgar-hak-rakyat>> [19/11/2013, pukul 15.00].
- Atmawikarta, Arum. (2004). *Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas RI, Jakarta.
- Eman. (2011). *Seluruh Wilayah Aceh Siap Tingkatkan IPKM*. Melalui <<http://gizi.depkes.go.id/seluruhwilayah-aceh-siap-tingkatkan-ipkm/>> [13/12/2013, pukul 11.00].
- Gani, Ascobat. (1984). Indikator Kualitas Manusia. *Jurnal Prisma*. Edisi No. 09. Jakarta: LP3ES.
- Gordon, Randolph L., Robert B. Gerzoff, & Thomas B. Richards. (1997). Determinants of US Local Health Department Expenditures, 1992 through 1993. *American Journal of Public Health*. Vol. 87 No. 1. January: 91-95.
- Kementerian Kesehatan. (2010). *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lee, M. & Elizabeth Plummer. (2007). Budget Adjustments in Response to Spending Variances Evidence of Ratcheting of Local Government Expenditures. *Journal of Management Accounting Research*. Vol. 19 No. 1: 137-167.

- Prakosa, Kesit Bambang. (2004). Pengaruh Dana Alokasi Umum (DAU) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD) terhadap Prediksi Belanja Daerah (Studi Empirik di Wilayah Provinsi Jawa Tengah dan DIY). *JAAI*. Vol.8 No.2: 35.
- Public Expenditure Analysis and Capacity Strengthening Program (PECAPP). (2010). Buku Panduan Analisis Belanja Publik Aceh. Melalui <www.belanjapublikaceh.org> [28/09/2013, pukul 15.00].
- Public Expenditure Analysis and Capacity Strengthening Program (PECAPP). 2011. Analisis Belanja Publik Aceh 2011. Melalui <www.belanjapublikaceh.org> [28/09/2013, pukul 14.05].
- Public Expenditure Analysis and Capacity Strengthening Program (PECAPP). (2013). Analisis Belanja Publik Aceh. Dapat diakses pada www.belanjapublikaceh.org.
- Republik Indonesia. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah.
- Republik Indonesia, Undang-undang Nomor 11 Tahun 2006 Tentang Pemerintahan Aceh.
- Republik Indonesia, Pemerintah Daerah, Qanun Nomor 2 Tahun 2008 Tentang Tata Cara Pengalokasian Tambahan Anggaran Bagi Hasil Migas dan Gas Bumi dan Penggunaan Anggaran Otonomi Khusus.
- Sapha, Diana. (2012). Analisis Pengaruh Belanja Kesehatan oleh Pemerintah terhadap Derajat Kesehatan Masyarakat di Provinsi Aceh. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan*. Volume 3 No. 2 November: 92-112.
- Saragih, Juli Panglima. (2003). *Desentralisasi Fiskal dan Keuangan Daerah dalam Otonomi*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Satri, Nouval. (2013). Analisis Laporan Keuangan Pemerintah Aceh dan Pemerintah Kabupaten/Kota di Aceh. *Tesis*. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala.
- Sekaran, Uma. (2007). *Metodologi Penelitian untuk Bisnis*. Jakarta: Salemba.
- Seknas Fitra. (2012). Laporan Analisis Anggaran Daerah 2011: Temuan-temuan Hasil Studi Pengelolaan Anggaran di 20 Kabupaten/Kota Partisipan Program KINERJA. Jakarta: *Kerjasama The Asia Foundation-USAID*.
- Sujudi, Achmad. (2003). *Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.