

**KONTRIBUSI DANA ALOKASI KHUSUS TERHADAP IPKM DALAM  
PELAKSANAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DI  
KABUPATEN TAPIN DAN BANJAR PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**  
*The Contribution of Special Allocation Fund (DAK) on  
Community Health Development Index (IPKM) for Health Development  
in Tapin and Banjar Districts, South Kalimantan Province*

**Karlina, Turniani Laksmiarti, Asep Kusnali**

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan,  
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI

Naskah Masuk: 09 Januari 2017, Perbaikan: 08 Februari 2017, Layak Terbit: 22 Maret 2017

**ABSTRAK**

Dana Alokasi Khusus (DAK) yang dialokasikan Pemerintah untuk kegiatan khusus bidang kesehatan ditujukan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang merata, salah satunya untuk menunjang program peningkatan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian anak. Sejak tahun 2011, lebih dari 50% kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan menerima DAK dengan jumlah yang meningkat setiap tahunnya. Namun, peningkatan jumlah DAK yang digelontorkan tersebut belum optimal jika dilihat dari ranking Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan yang menurun di tingkat nasional. Berdasarkan permasalahan tersebut maka perlu untuk diketahui implementasi pemanfaatan DAK dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan. Studi ini merupakan kajian. Metode pengumpulan data berupa peraturan perundang-undangan dan literatur lainnya berupa buku, jurnal ilmiah dan data kepustakaan lainnya. Data empiris diperoleh dengan konfirmasi data dan wawancara di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Hasil kajian menunjukkan bahwa Alokasi DAK di Kabupaten Tapin dan Banjar sama-sama mengalami peningkatan di akhir tahun 2015. Berbeda dengan alokasi DAK di Kabupaten Tapin yang konsisten kenaikannya, alokasi DAK Kabupaten Banjar cenderung tidak konsisten. Jika dihubungkan dengan IPKM dalam tingkat nasional kedua kabupaten tersebut sama-sama mengalami penurunan ranking namun, penurunan yang cukup jauh dialami oleh Kabupaten Banjar. Peningkatan anggaran dan penambahan alokasi pada setiap tahun ternyata belum merubah pembangunan kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar. Rekomendasi dari hasil kajian, pemanfaatan dana DAK sampai saat ini masih terbatas sebagai penambah aset daerah, belum dimanfaatkan sebagai penunjang program kesehatan, misalnya untuk promotif dan preventif. Rekomendasi yang diusulkan agar dana DAK dapat digunakan untuk peningkatan program upaya kesehatan masyarakat

**Kata kunci:** dana alokasi khusus, IPKM

**ABSTRACT**

*The Special Allocation Fund (DAK) by the Government for special health activities is aimed to improve access and quality health services equally, one of which is to support the program of improving maternal health and reducing child mortality. Since 2011, more than 50% of districts in South Kalimantan Province receive DAK with an increasing fund each year. However, the increase in the amount of DAK disbursed is not yet optimal if it is seen from the ranking of Community Health Development Index (IPKM) of all districts/cities in South Kalimantan Province which decreased at the national level. Based on these problems, it is necessary to determine the implementation of DAK utilization in the implementation of health development in South Kalimantan Province. The methods of data collection are review the form of legislation and other literature in the form of books, scientific journals and other literary data. Empirical data were obtained by confirmation of*

---

*Korespondensi:*

Karlina

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan

Jl. Percetakan Negara No. 29, Gd. Labdu Lt. 6 Jakarta Pusat

E-mail: karlinamd04@gmail.com

*data and interviews at South Kalimantan Provincial Health Office. The results showed DAK allocation in Tapin and Banjar districts both increased at the end of 2015. Unlike the DAK allocation in district Tapin which consistently increases, the allocation of DAK district Banjar tends to be inconsistent. If linked with IPKM in the national level both districts are both experiencing a decrease in rankings, however a considerable decline is experienced by district Banjar. The increase of budget and the addition of the allocation in every year has not changed the development of public health in district Banjar. Recommendations from the results of the study, utilization of DAK funds to date are still limited as an addition to the assets of the region, have not been used as a support health programs, for example for promotive and preventive. The proposed recommendations for DAK funds can be used for the improvement of public health programs.*

**Keywords:** *special allocation fund, community health development index*

## PENDAHULUAN

Dalam pengelolaan keuangan negara, fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian merupakan suatu siklus yang diatur dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Pembahasan mengenai keuangan negara lebih difokuskan pada fungsi pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sesuai dengan ketentuan perundang-undangan di bidang keuangan negara (Atmadja, 2010), salah satunya dalam pengalihan kegiatan dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang merupakan urusan daerah sebagai Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagaimana amanat Pasal 108 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (UU No. 33 Tahun 2004). Dalam praktek tidak dapat diingkari bahwa dalam pelaksanaan anggaran antara pusat dan daerah sering terjadi bias karena terdapat Kementerian/Lembaga yang melaksanakan/mendanai urusan yang telah didesentralisasikan ke daerah dan sebaliknya terdapat Pemerintah Daerah yang mendanai instansi vertikal di daerah.

DAK merupakan salah satu anggaran dari Pemerintah Pusat selain dana Tugas Pembantuan (TP), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dan lain-lain. Selain itu, DAK menjadi salah satu tumpuan dalam rangka mendukung pencapaian prioritas nasional karena sebagian besar Dana Alokasi Umum (DAU) terpakai untuk gaji pegawai dan belanja tidak langsung lainnya. Menurut Anwar Shah (1997), DAK mempunyai tujuan untuk memberikan insentif bagi pemerintah pada level sub-nasional untuk menyelenggarakan kegiatan khusus yang biasanya merupakan prioritas pemerintah tingkat nasional.

Upaya Pemerintah dalam mencukupi pembiayaan bidang kesehatan dengan alokasi melalui DAK sampai tahun 2014 belum menunjukkan hasil yang menggembirakan, karena masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB),

adanya kasus balita teridentifikasi gizi buruk, di daerah penerima DAK yang menunjukkan program yang dibiayai melalui DAK kurang berhasil. Selain itu, melihat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2007 dan 2013, masih terdapat Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK), sedangkan anggaran Pemerintah terus dikurcurkan setiap tahunnya. Adanya penurunan IPKM tahun 2007 dan 2013 di beberapa kabupaten/kota, provinsi pada beberapa indikator maka patut diduga bantuan penganggaran dari pemerintah setiap tahun kurang tepat sasaran, yaitu tidak berdasar kebutuhan, kurang memperhatikan kondisi geografi dan karakteristik penduduk.

Tujuan DAK yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) dan menunjang pelaksanaan program JKN tahun 2014 serta mempercepat penurunan AKI dan AKB, pelayanan Jamkesmas/Jampersal di Puskesmas dan Rumah Sakit, Penanggulangan masalah gizi dan Pencegahan Penyakit serta penyehatan Lingkungan. Berdasarkan target dan capaian IPKM, pemanfaatan DAK belum menjadi pertimbangan beberapa daerah dalam pelaksanaan pengelolaan dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan. Kajian ini bertujuan untuk menganalisis kontribusi DAK dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan.

## METODE

Jenis studi adalah kajian dengan pendekatan deskriptif, yaitu terhadap apa yang dinyatakan oleh sasaran kajian secara tertulis atau lisan dan perilaku nyata. Hal ini untuk memberikan gambaran secara jelas tentang pemanfaatan DAK terhadap pembangunan kesehatan masyarakat di daerah dan bentuk pengawasan yang dilakukan selama tahun berjalannya DAK tersebut, kemudian merumuskan rekomendasi dari implementasi peraturan perundang-undangan.

Teknik kajian adalah studi kepustakaan, yaitu pengumpulan data dari bahan-bahan berupa literatur dan pustaka lain terkait masalah yang diteliti, antara lain peraturan perundang-undangan, dana alokasi khusus bidang kesehatan. Metode kajian adalah penelusuran data melalui media elektronik/internet agar pengumpulan data sekunder secara cepat dan lengkap. Konfirmasi data di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan terhadap dana DAK tahun 2015 dan IPKM tahun 2007 dan 2013 untuk menentukan apakah ada kekurangan sumber daya atau sistem belum dapat diimplementasikan.

## HASIL

Bidang-bidang yang dibiayai DAK diarahkan pada kegiatan-kegiatan fisik dengan skala proyek yang tidak terlalu besar ditingkat kabupaten/kota. Dalam *White Paper* DAK yang diterbitkan Bappenas (November 2011) menyebutkan bahwa Kendati hanya mengambil porsi kecil, DAK tetap dianggap penting karena sedikitnya dua tingkat alasan. Pertama, di tingkat nasional, undang-undang menetapkan DAK sebagai jalur penghubung bagi pencapaian prioritas-prioritas nasional. Selain dapat memperkuat kegiatan sektoral kementerian lembaga (K/L) di daerah dapat juga menjadi kegiatan substitusi karena minimnya kegiatan daerah di sektor itu. Kedua, di tingkat daerah melihat pola umum belanja yang menempatkan belanja pegawai dalam porsi yang dominan, DAK dapat dijadikan kompensasi atas

kekurangan pembiayaan pembangunan fisik dan pelayanan masyarakat di daerah kendati dalam jumlah terbatas.

### Alokasi DAK Bidang Kesehatan

Trend alokasi DAK bidang kesehatan di Indonesia tahun 2011-2015 meningkat tetapi tidak konsisten sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Dana Alokasi Khusus ditentukan oleh Kementerian Teknis terkait, sesuai usulan/kebutuhan daerah. Alokasi DAK tahun 2011 sampai dengan 2015 menunjukkan tidak semua dari 440 kabupaten/kota menerima DAK untuk pelayanan dasar maupun rujukan. Tetapi hampir 99% kabupaten/kota mendapatkan DAK untuk pelayanan farmasi.

Besar alokasi DAK dalam tahun 2011 sampai dengan 2015 tampak pada Tabel 2.

Alokasi DAK regular Kementerian Kesehatan dari tahun 2011 sampai dengan 2015 terus meningkat. Selain itu, pada tahun 2013 dan 2015 terdapat DAK tambahan masing-masing sebesar Rp. 2 Triliun dan Rp. 2,8 Triliun, sebagaimana pasal 10 ayat 7 Undang undang Nomor 27 Tahun 2014 tentang APBN. Dan dalam pasal 10 ayat (6) huruf b dialokasikan sebagai kebijakan afirmasi kepada kabupaten/kota daerah tertinggal dan perbatasan yang kemampuan keuangannya relatif rendah yaitu untuk infrastruktur sanitasi dan air minum sebesar Rp.512.099.000.000,-.

Pemanfaatan DAK tahun 2011 sampai dengan 2015 disajikan pada Gambar 1.

**Tabel 1.** Pemanfaatan DAK dalam Program Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Tahun 2011-2015

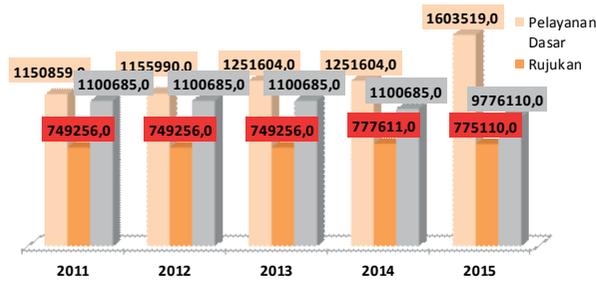
Program	2011		2012		2013		2014		2015	
	Prov	Kab/ Kota								
Pelayanan Dasar		397		433		397		418		400
Pelayanan Rujukan	23	256	18	232	23	256	26	372	25	349
Pelayanan Farmasi		440		444		440	28	438	23	424

Sumber Lampiran Peraturan Menteri Keuangan, 2011 - 2015

**Tabel 2.** Dana Alokasi Khusus di Kabupaten/Kota Tahun 2011-2015 (Dalam Juta)

No	Sifat DAK	2011 (Rp)	2012 (Rp)	2013 (Rp)	2014 (Rp)	2015 (Rp)
1	DAK Reguler	25.232.800,-	26.115.948,-	29.697.143,-	30.200.000,-	33.000.000,-
2	DAK Tambahan	-	-	2.000.000,-	-	2.820.675,-
	Jumlah	25.232.800,-	26.115.948,-	31.697.143,-	30.200.000,-	35.820.675,-

Sumber: Kep. Menkes, 2011 - 2015



**Gambar 1.** Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus Tahun 2011-2015. Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2010-2014

Alokasi DAK untuk pelayanan dasar pada tahun 2015 mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya sedangkan alokasi penganggaran pelayanan rujukan relatif sama setiap tahun. Adapun alokasi anggaran pelayanan farmasi tahun 2015 mengalami penurunan.

Dasar kebijakan pengalokasian dana DAK dari Kementerian Kesehatan terdapat pada Tabel 3.

Sesuai Petunjuk Kementerian Keuangan, perencanaan anggaran dilakukan 1 (satu) tahun sebelum anggaran berjalan melalui Rakornis Kementerian/Lembaga, sehingga surat keputusan DAK disusun dalam 1 (satu) tahun sebelum pelaksanaan program. Tabel 4 menunjukkan rata-rata besar alokasi DAK untuk kegiatan rujukan adalah sama setiap tahun yaitu RP.117.420.000.000,- sedangkan untuk kegiatan pelayanan dasar dan pelayanan farmasi rata-rata adalah Rp. 3,2 Miliar setiap tahunnya.

### Hubungan IPKM dengan Pemanfaatan DAK di Provinsi Kalimantan Selatan

Rencana Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010–2014 untuk mewujudkan sasaran a) meningkatkan Usia Harapan Hidup (UHH) dari 70,7 menjadi 72,0 tahun; b) menurunkan angka kematian ibu (AKI) dari 228 menjadi 118 per 100.000 KH; c) menurunkan angka kematian bayi (AKB) dari 34 menjadi 24 per 1.000 KH; d) menurunkan prevalensi

**Tabel 3.** Kebijakan Kementerian Kesehatan terhadap Pemanfaatan DAK Tahun 2011–2015

No	Peraturan Menteri Kesehatan/Pemanfaatan	Alokasi DAK (Rp)	
		Provinsi	Kabupaten/Kota
1	PerMenKes No 1810/2010 Tanggal 17 Des 2010 Pelayanan Dasar Pelayanan Rujukan Pelayanan Farmasi	117.420.000.000	1.150.859.000.000 631.836.000.000 1.100.685.000.000
2	PerMenKes No 2494/2011 Tanggal 15 Des 2011 - Pelayanan Dasar - Pelayanan Rujukan - Pelayanan Farmasi	117.420.000.000	1.155.990.000.000 631.836.000.000 1.100.685.000.000
3	PerMenKes No 55/2012 Tanggal, 26 Desember 2012 a. Pelayanan Dasar b. Pelayanan Rujukan c. Pelayanan Farmasi	117.420.000.000	1.251.604.000.000 631.836.000.000 1.100.685.000.000
4	PerMenKes No 84/2013 Tanggal, d. Pelayanan Dasar e. Pelayanan Rujukan f. Pelayanan Farmasi	59.000.000.000 21.188.700.000	1.251.604.000.000 1.041.685.000.000 656.422.300.000
5	PerMenKes No 84/2014 Tanggal, g. Pelayanan Dasar h. Pelayanan Rujukan i. Pelayanan Farmasi	21.189.000.000 28.000.000.000	1.603.519.000.000 856.422.000.000 747.110.000.000

Sumber: Peraturan Menkes dari tahun 2011- 2015

**Tabel 4.** Peringkat IPKM tahun 2007 dan 2013 di Kalimantan

No.	Provinsi	Skor IPKM 2013	Peringkat IPKM 2007	Peringkat IPKM 2013
1.	Kalimantan Barat	0,6605	18	28
2.	Kalimantan Selatan	0,6487	16	25
3.	Kalimantan Timur	0,7236	6	5
4.	Kalimantan Tengah	0,6569	23	24

Sumber: IPKM &lt; 2013

gizi kurang pada balita dari 18,4% menjadi 15%. Penurunan AKI dan AKB tersebut sebagaimana kesepakatan global (*Millennium Development Goals/ MDGs 2000*) pada tahun 2015.

Berdasarkan kondisi di atas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaksanakan penelitian riset kesehatan dasar (Riskesdas) di masyarakat. Riskesdas tahun 2007 dan 2013 mengembangkan Indeks Pembangun Kesehatan Masyarakat (IPKM) yaitu indikator komposit yang terdiri dari 24 indikator kesehatan. Indeks tersebut untuk menentukan keberhasilan pembangunan bidang kesehatan di setiap kabupaten/kota Indonesia yang untuk pengambilan kebijakan atau langkah-langkah dalam perbaikan mutu pelayanan kesehatan.

Tabel 5 menyajikan alokasi DAK di Kalimantan Selatan dengan rangking IPKM dari 13 Kabupaten/ Kota dalam 5 tahun (tahun 2011 sampai dengan 2015).

Peringkat IPKM di setiap kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2013 menurun dibandingkan tahun 2007 tetapi setiap tahun terdapat peningkatan anggaran DAK. Rangking Kabupaten Banjar menurun dalam indeks nasional namun masih

sama di tingkat kabupaten/kota. Sedangkan ranking Kabupaten Tapin dan Balangan meningkat di provinsi tetapi menurun dalam indeks nasional. Adapun DAK di Kabupaten Tapin meningkat dari tahun 2011 sampai dengan 2013. Sedangkan DAK Kabupaten Balangan baru diterima pada tahun 2015. Adapun IPKM di Kabupaten Banjar pada tahun 2007 dan 2013 adalah tetap, peringkat 13 di provinsi dan 388 secara nasional (440 kab/kota di Indonesia) menjadi peringkat 442 (449 Kab/Kota) pada tahun 2013.

Alokasi DAK di Kalimantan Selatan menurun dari Rp. 5.098.190.000,- pada tahun 2012 menjadi Rp. 1.722.360.000,- pada tahun 2013. Sesuai petunjuk teknis pemanfaatan DAK, salah satu pemanfaatannya untuk kegiatan Gizi dan KIA atau sejalan indikator IPKM. Kebijakan pemerintah untuk meningkatkan KIA dan perbaikan gizi balita, selain alokasi DAK dengan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pemanfaatan BOK untuk kegiatan preventif melalui promosi kesehatan, sebagaimana anggaran daerah berupa DAU. Pemerintah berharap dengan sumber anggaran yang berbeda maka pelaksanaan kegiatan serupa dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Beberapa provinsi

**Tabel 5.** Peringkat IPKM Kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2007 dan 2013

No	Kab/Kota	Peringkat IPKM tahun 2007		Peringkat IPKM tahun 2013	
		Dalam Nasional	Dalam Provinsi	Dalam Nasional	Dalam Provinsi
1	Tanah Laut	213	5	221	9
2	Kota Baru	217	6	397	10
3	Banjar	388	13	462	13
4	Barito Kuala	353	11	444	12
5	Tapin	281	10	303	6
6	Hulu Sungai Selatan	273	8	381	9
7	Hulu Sungai Tengah	158	3	358	7
8	Hulu Sungai Utara	277	9	291	5
9	Tabalong	163	4	259	4
10	Tanah Bumbu	266	7	369	8
11	Balangan	354	12	399	11
12	Kota Banjarmasin	124	2	123	2
13	Kota Banjar Baru	39	1	46	1

Sumber: Buku IPKM Kalsel, 2013

**Tabel 6.** Alokasi DAK di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan, tahun 2011–2015

No	Kabupaten/Kota	2011 (Rp)	2012 (Rp)	2013 (Rp)	2014 (Rp)	2015 (Rp)
1	Barito Kuala	2.097.500.000	2.995.480.000	6.230.910.000	5.271.840.000	6.461.610.000
2	Banjar	0	5.098.190.000	1.722.360.000	0	0
3	Hulu Sungai Selatan	1.451.500.000	2.354.440.000	4.337.850.000	4.275.080.000	5.882.980.000
4	Hulu Sungai Tengah	1.753.700.000	2.488.060.000	4.424.600.000	4.875.550.000	6.032.890.000
5	Hulu Sungai Utara	3.459.800.000	4.371.790.000	5.082.460.000	5.271.150.000	4.975.020.000
6	Kotabaru	0	0	0	5.717.690.000	0
7	Tapin	2.698.000.000	2.883.700.000	3.662.060.000	4.127.400.000	4.569.410.000
8	Kota Banjarbaru	3.658.400.000	0	5.309.540.000	5.576.860.000	4.745.550.000
9	Tanah Bumbu	0	0	0	3.549.370.000	0
10	Kota Banjarmasin	0	3.732.620.000	4.604.170.000	0	0
11	Balangan	0	0	0	0	5.148.910.000
12	Tanah Laut	0	0	2.285.380.000	0	0
13	Tabalong					

telah mendapatkan perlakuan sama dari pemerintah, di mana beberapa provinsi, kabupaten/kota tersebut menunjukkan peningkatannya.

Perbandingan pemanfaatan DAK di dua kabupaten yaitu Tapin dan Banjar di Provinsi Kalimantan Selatan dalam pembangunan kesehatan melalui IPKM tampak pada Tabel 6.

Konfirmasi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar bahwa alokasi DAK tahun 2012 sebesar Rp.5.098.190.000,- di mana pemanfaatannya untuk pelayanan farmasi sebesar Rp. 2.852.560.000,- dan pelayanan kesehatan dasar sebesar Rp. 2.245.630.000,-. Secara rinci dana pelayanan kesehatan dasar tersebut (pembangunan untuk puskesmas 2 paket sebesar Rp. 2.157.080.000,- dan Poskesdes 1 paket Rp.88.550.000,-) dan pelayanan kefarmasian (penyediaan obat dan perbekalan kesehatan 1 paket sebesar Rp. 2.142.560.000,- dan pembangunan baru/rehabilitasi 1 paket sebesar Rp. 710.000.000,-).

Pada tahun 2013 Kabupaten Banjar mendapatkan DAK sebesar Rp. 1.722.360.000,- di mana Rp.868.200.245,- untuk pelayanan kefarmasian. Silfa tahun 2013 sebesar Rp. 834.159.755,- diperuntukkan kegiatan tahun 2014 atau pada tahun 2014 tetap mendapat DAK. Sedangkan pada Tahun 2015 Kabupaten Banjar mendapatkan DAK Tambahan sebesar Rp. 5.122.374.000,- yang merupakan

dana afirmasi dengan persetujuan DPR. Dana Alokasi Khusus tersebut juga untuk kegiatan fisik yaitu Rp. 2.727.500.000,- untuk penyediaan alat kesehatan dengan rincian 6 dental unit sebesar Rp. 912.000.000,-; 7 unit *spectrophotometer* sebesar Rp. 605.500.000,- dan 5 unit *hematology* sebesar Rp. 1.210.000.000,-. Selain itu, dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan dasar yaitu pembelian mobil puskesmas keliling/ambulans sebesar Rp. 2.316.000.000,- dengan rincian 3 ambulans transport sebesar Rp. 855.000.000,-; 1 ambulans transport plus sebesar Rp. 291.000.000,-.

Menurut pengelola DAK tahun 2015 bahwa 3 unit ambulans pusling *double gardan* sebesar Rp. 1.170.000.000,- tidak dapat direalisasikan karena tidak ada spesifikasi di e-katalog sesuai yang dibutuhkan. Pemanfaatan untuk biaya kegiatan penunjang sebesar Rp. 78.874.000,-.

Pemanfaatan DAU Kabupaten Banjar yang terbanyak untuk administrasi dan manajerial, dana untuk kegiatan program masih rendah atau kurang memenuhi kebutuhan masyarakat. Tetapi anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar terus meningkat selama 4 tahun, 2011–2014.

Tampaknya peningkatan anggaran dan penambahan alokasi pada setiap tahun belum merubah pembangunan kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar. Perlu penelusuran terhadap

**Tabel 7.** APBD di Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2011–2014 (Rupiah)

Sumber Anggaran	2011	2012	2013	2014
APBD Kesehatan	53.452.236.977	71.798.994.665	80.268.750.221	94.034.081.784
APBD Kabupaten	224.607.371.591	1.130.039.190.774	1.225.473.057.224	1.468.054.133.839

Sumber: Profil DinKes Kab Banjar tahun 2011-2014

**Tabel 8.** Keberadaan Sumber Daya Manusia di 23 Puskesmas, Kabupaten Banjar Tahun 2011–2014

Jenis SDM Kesehatan	2011	2012	2013	2014
Dokter Umum	45	46	51	50
Bidan	367	344	367	375
Perawat	234	208	229	219
Gizi	23	23	23	23
Kesehatan Lingkungan	26	-	31	28
Kesehatan Masyarakat	59	-	22	23

Sumber Profil DinKes Kab Banjar tahun 2011-2014

keberadaan sumber daya manusia yang kompeten dalam menunjang pembangunan kesehatan untuk mengetahui penyebabnya.

Tabel 8 menyajikan keberadaan sumber daya manusia di 23 puskesmas di Kabupaten Banjar. Jenis SDM tersebut sangat berpengaruh terhadap peningkatan pembangunan kesehatan masyarakat.

Jumlah tenaga kesehatan di 23 Puskesmas Kabupaten Banjar dapat memenuhi pelayanan penduduk di wilayah puskesmas. Menurut Kementerian Kesehatan rasio dokter terhadap jumlah penduduk yaitu 1:30.000, mencukupi kebutuhan. Dengan jumlah anggaran dan jumlah SDM yang mencukupi diharapkan meningkatkan IPKM Kabupaten Banjar walaupun tetap.

## PEMBAHASAN

Seperti ditegaskan dalam UU No. 25/1999, bentuk transfer yang paling penting adalah DAU dan DAK, selain bagi hasil (*revenue sharing*). *Transfer* merupakan konsekuensi dari tidak meratanya kemampuan keuangan dan ekonomi daerah. Selain itu, tujuan transfer adalah mengurangi kesenjangan keuangan horizontal antar daerah, mengurangi kesenjangan vertikal Pusat-Daerah, mengatasi persoalan efek pelayanan publik antar daerah, dan untuk menciptakan stabilisasi aktivitas perekonomian di daerah.

Menurut Holz-eakin *et al.* (1985) dalam Kesit Bambang Prakoso (2004), Transfer atau grants dari Pemerintah Pusat secara garis besar dapat dibagi menjadi dua, yakni *matching grant* dan *non-matching grant*. Kedua grants tersebut digunakan oleh Pemerintah Daerah untuk memenuhi belanja rutin dan belanja pembangunan. Holz-eakin *et al.* (1985) menyatakan bahwa terdapat keterkaitan sangat erat antara transfer dari Pemerintah Pusat dengan belanja Pemerintah daerah.

Dana pendamping DAK tambahan sebagaimana pada ayat (7) ditetapkan berdasarkan kemampuan

keuangan daerah di daerah tertinggal dan perbatasan, dengan ketentuan yaitu a. Kemampuan keuangan daerah rendah sekali, diwajibkan menyediakan dana pendamping paling sedikit 0%; b. Kemampuan keuangan daerah rendah, diwajibkan menyediakan dana pendamping paling sedikit 1%; dan c. Kemampuan keuangan daerah sedang, diwajibkan menyediakan dana pendamping paling sedikit 2%.

Usulan pemanfaatan anggaran bervariasi sesuai kebutuhan, tetapi tidak dapat diakses melalui internet sehingga tidak dapat dikaji rincian pemanfaatannya terhadap program pembangunan di kabupaten/kota. Tetapi secara hierarki semua anggaran yang bersumber dari APBN dilaksanakan sesuai aturan dan petunjuk pelaksanaan dari Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan pada setiap tahun.

Pengaturan tentang perencanaan, pelaksanaan DAK dan Tugas Pembantuan (TP) yaitu penggunaannya secara lengkap dan rinci serta pengaturan tentang pengawasan dalam pemanfaatannya. Tetapi adanya tambahan-tambahan anggaran terhadap program yang cenderung serupa seperti dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) mengakibatkan kerumitan daerah dalam pertanggungjawaban pelaksanaannya. Secara makro, terdapat beberapa kesamaan kalimat dalam petunjuk DAK dan TP dalam petunjuk penggunaan BOK. Sebagai contoh, dalam petunjuk DAK terdapat untuk program Bina Gizi dan KIA, yang juga tercantum dalam petunjuk BOK. Hal itu memungkinkan adanya *double* kegiatan atau kurang transparan dari salah satu kegiatan. Proses dari dana DAK meliputi perencanaan, pemanfaatan, penyaluran, pertanggungjawaban, pemanfaatan, sisa/silfa, dan strateginya.

Perencanaan DAK dimulai dari perencanaan Musyawarah Perencanaan dan Pengembangan (Musrenbang) tingkat kecamatan sampai kabupaten. Kemudian dilakukan penetapan Pagu Indikatif Wilayah Kecamatan (PIK) untuk menentukan nilai secara keseluruhan sesuai ketentuan Bappeda. Hal ini juga

untuk mengakomodir kepentingan kecamatan dalam segala sektor terutama infrastruktur, pendidikan dan kesehatan; Pemanfaatan DAK pada dasarnya sangat membantu anggaran kesehatan di Kabupaten Banjar karena sampai saat ini alokasi anggaran kesehatan hanya sekitar 6% APBD Kabupaten di mana yang terbanyak untuk belanja obat-obatan, anggaran tenaga PTT dan tenaga strategis daerah. Namun sampai saat ini, DAK terutama untuk pembangunan fisik, seperti alat, gedung, puskesmas, sehingga alokasi untuk pembiayaan Pustu hanya 30%; Penyaluran DAK yaitu penerimaan DAK mengalami kendala yaitu tidak tepat waktu, sehingga perlu penataan ulang terhadap alokasi dana lain; Proses pertanggungjawaban DAK adalah sebagaimana mekanisme di Laporan Pertanggungjawaban Daerah (LPJD).

Pemanfaatan DAK terhadap program pembangunan melalui pemilihan kriteria puskesmas terutama puskesmas dengan jumlah kunjungan banyak, diikuti kawasan perkotaan. Pemanfaatan DAK untuk puskesmas di wilayah pedesaan yaitu perbaikan fisik menjadikan puskesmas lebih representatif. Tetapi dari segi administrasi, baru satu puskesmas yang telah teregistrasi.

Sisa DAK tahun 2012 tidak digunakan untuk program lain, sehingga silfa dimunculkan ulang tahun berikutnya sebagaimana petunjuk pelaksanaan tahun 2012.

Strategi yang diharapkan yaitu DAK digabungkan dengan BOK, di mana DAK dari sisi konstruksi sedangkan BOK dari sisi penunjang sehingga tidak perlu dana TP dan dana afirmasi karena dapat membingungkan. Maka diharapkan hanya ada dana APBD, DAK dan JKN di mana juga untuk menghindari adanya tumpang tindih dan risiko saat audit.

Dan diperlukan juknis dan juklak yang jelas untuk alokasi DAK karena juknisnya dapat dipergunakan sebagai penunjang, namun saat ini terutama untuk fisik sehingga belum dapat dikatakan sebagai penunjang IPKM. Hal ini juga disampaikan oleh Riva Ubar Harahap (2011), bahwa Hasil pengujian juga diperoleh hasil bahwa DAK secara parsial tidak berpengaruh terhadap IPM. Namun pernyataan dari Nurul Hidayah & Hari Setiyawati (2015), Secara serentak variable DAU, DAK, dan PAD berpengaruh dan signifikan terhadap Belanja Langsung. Secara Parsial variable DAU dan PAD, berpengaruh positif dan signifikan terhadap Belanja Langsung. Dana Alokasi Khusus berpengaruh negative terhadap Belanja Langsung.

Menurut Kepala Bagian Program Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar pemanfaatan DAK dari tahun 2012 sampai dengan 2015 hanya untuk belanja modal sesuai peruntukannya, belanja fisik lain untuk menambah aset dan belanja barang penunjang. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Joseph Wego Lede (2012) bahwa DAK tidak signifikan berpengaruh tidak langsung positif terhadap Belanja Modal. Menurut staf perencanaan (Bagian Perencana DAK), pemanfaatan DAK untuk non fisik belum dapat dimasukkan aplikasi *e-renggar* sebagai langkah awal menuju Rencana Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA K/L) yaitu aplikasi keuangan sebelum disahkan menjadi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sehingga DAK Kabupaten Banjar terkonsentrasi pada pelayanan farmasi dan pengadaan ambulans puskesmas.

## KESIMPULAN

Pemanfaatan DAK di dua kabupaten/kota studi dengan IPKM rendah tidak menunjukkan peningkatan atau penurunan peringkat IPKM.

Terdapat beberapa sumber anggaran untuk membiayai program kesehatan, antara lain dari APBN, APBD dan bantuan lainnya. Anggaran DAK ini diharapkan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Distribusi DAK ke daerah yang merupakan dana APBN untuk daerah dengan fiskal kapasitas rendah, terutama untuk kegiatan fisik. Besar dan pemanfaatan DAK di setiap provinsi, kabupaten/kota sesuai usulan daerah dan kewajarannya tetapi terbatas sebagai penambah aset daerah dan belum sebagai penunjang program kesehatan seperti upaya promotif dan preventif.

## SARAN

Agar pemanfaatan alokasi DAK lebih optimal disarankan Perencanaan komprehensif sehingga sumber anggaran yang lain dalam satu kegiatan tidak ganda seperti dari BOK dan DAU dan agar peruntukan DAK tidak hanya menambah aset.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atmadja, Arifin P. Soeria. 2010. Laporan Akhir Kompedium Bidang Hukum Keuangan Negara (Sumber-Sumber Keuangan Negara), Jakarta, Badan Pembinaan Hukum Nasional Kementerian Hukum dan HAM RI.

- Bappenas. 2011. White Paper: Analisis Perspektif, Permasalahan dan Dampak Dana Alokasi Khusus (DAK). Jakarta.
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan RI, Perhitungan Alokasi dan Kebijakan Penyaluran DAK Tahun Anggaran 2014. Jakarta.
- Hidayah Nurul, Setiyawati Hari. 2014. Pengaruh Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus dan Pendapatan Asli Daerah Terhadap Belanja Langsung di Propinsi Jawa Tengah, *Jurnal Akuntansi*, 18(1): hal. 45–58.
- Holtz-Eakin, Douglas, Harvey S. Rosen, & Schuyler Tilly. 1994. In-tertemporal analysis of state and local government spending: Theory and test. *Journal of Urban Economics* 35(2): p. 159–174.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. Peraturan Pemerintah Nomor. 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. Peraturan Pemerintah Nomor. 21 Tahun 2004 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2005. Peraturan Pemerintah Nomor 55/2005: Dana Perimbangan Peraturan Menteri Keuangan: Pedoman dan Alokasi DAK. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2006. Peraturan Pemerintah Nomor. 6 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Barang Milik Kekayaan Negara/ Daerah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2006. Peraturan Pemerintah Nomor. 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2008. Peraturan Pemerintah Nomor. 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2008. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2009. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 20/2009: Pengelolaan Keuangan DAK di daerah. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2011. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 152/MenKes/SK/II/2011 tentang Alokasi anggaran Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/ Kota Tahun 2011. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2012 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2013. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 112/PMK.02/2012 Tentang Petunjuk Penyusunan dan Rencana Kerja Dan Anggaran Kementerian Negara/ Lembaga. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Dekonsentrasi Program Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 84 tahun 2013 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2014. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2003. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2015. Surat Edaran Nomor HK.03.03/Men.Kes/248/2015 tentang Penggunaan Dana Alokasi (DAK) Tambahan Bidang Kesehatan Pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2015. Jakarta.
- Joseph Wego. 2012. Pengaruh Dana Alokasi Umum, Dana Alokasi Khusus dan Dana Bagi Hasil Terhadap Peningkatan Pendapatan Asli Daerah Melalui Belanja Modal Sebagai Variabel Intervening, *Jurnal Ilmu dan Riset Akutansi*, 1(12).
- Kementerian Keuangan RI. 2015. Modul Pengalokasian Dana Khusus Tahun Anggaran 2015. Jakarta.
- Kesit-Bambang Prakosa. 2004. Analisis Pengaruh Dana Alokasi Umum (DAU) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD) Terhadap Prediksi Belanja Daerah, *Jurnal Akuntansi Dan Auditing Indonesia*, 8(2).
- Shah, Anwar. 1997. Balance, Accountability and Responsiveness, Lesson about Decentralization. Washington D.C., World Bank.