

Analisis Perbandingan Realisasi dan Anggaran Bantuan Operasional Kesehatan

Sri Widodo

Abstract

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana penyerapan anggaran bantuan operasional kesehatan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat melalui Puskesmas di wilayah Kabupaten Sleman

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah anggaran dan realisasi hasil pelaksanaan anggaran bantuan operasional kesehatan dengan unit analisis seluruh Puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Sleman yang menggunakan bantuan operasional kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh anggaran bantuan operasional kesehatan terserap 100 % oleh seluruh Puskesmas yang ada dalam hal penyerapan anggaran untuk setiap bulannya cukup bervariasi antara satu Puskesmas dengan Puskesmas yanglain., realisasi anggaran dilaporkan untuk setiap bulannya sampai dengan bulan Juli sedangkan setelah bulan juli realisasi anggaran dilaporkan untuk setiap tri wulan (tiga bulan sekali).

Kata Kunci: realisasi, anggaran

Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Dalam Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup yang sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Sebagaimana diamanatkan dalam Inpres Nomor 3 tahun 2010 tentang program pembangunan yang berkeadilan maka upaya pencapaian tujuan *Millennium Development Goals* (MDGs)/tujuan pembangunan millennium yang meliputi: (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan (2) mencapai pendidikan dasar untuk semua

(3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan (4) menurunkan angka kematian anak (5) meningkatkan kesehatan ibu (6) memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya (7) kelestarian lingkungan hidup (8) membangun kemitraan global dalam pembangunan.

Dari 8 tujuan MDGs 5 diantaranya terkait langsung dengan kesehatan, maka bidang kesehatan menjadi prioritas pembangunan baik ditingkat pusat maupun daerah. Salah satu langkah untuk dapat mempercepat pencapaian MDGs bidang kesehatan adalah alokasi sumber daya termasuk anggaran kesehatan yang memadai dan merata.

Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat, organisasi Puskesmas merupakan organisasi kesehatan tingkat dasar yang memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mencakup pelayanan kesehatan: *promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif*, dan tradisional. Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya

yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia yang meliputi: upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dan upaya kesehatan. (Kepmenkes RI No 128/MENKES/SK/III/2004).

Seiring dengan kompleksnya pelayanan yang dihadapi oleh Puskesmas maka saat ini Puskesmas dituntut oleh masyarakat untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dari sisi hasil dan terjangkau oleh masyarakat dari sisi biaya. Untuk melihat pelayanan Puskesmas yang mengarah pada pencapaian kualitas mutu dan keterjangkauan biaya maka diperlukan pengukuran kinerja yang tepat agar hasil ini dapat digunakan dalam pengambilan kebijakan.

Sampai dengan saat ini salah satu permasalahan penyediaan sumber daya untuk penyelenggaraan operasional Puskesmas masih dirasakan kurang tepat dalam hal biaya-biaya yang harus dikelola oleh Puskesmas, yang meliputi: biaya operasional rujukan terbatas (pada kasus gawat darurat) dari puskesmas dan jaringannya ke rumahsakit, biaya transport pembinaan Puskesmas ke Puskesmas pembantu dan posyandu, biaya konsultasi teknis Puskesmas ke Dinas kesehatan, biaya penyelenggaraan pelatihan kader posyandu dan Pekan Imunisasi Nasional (PIN), biaya penyelenggaraan pertemuan koordinasi di kecamatan, biaya kegiatan lokakarya mini Puskesmas termasuk persiapan PIN, biaya pembelian alat tulis kantor, biaya penggandaan dan pelaporan, biaya pengambilan vaksin termasuk vaksin polio

untuk PIN (Juknis BOK, 2012), serta biaya obat dan alat kesehatan yang dipakai.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah cakupan pelayanan puskesmas tersebut. Agar dapat memberikan pelayanan yang maksimal maka diperlukan sumber daya yang memadai. Dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa sumber daya kesehatan merupakan semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan, meliputi: (a) tenaga kesehatan; (b) fasilitas pelayanan kesehatan; (c) perbekalan kesehatan; (d) teknologi dan produk kesehatan.

Landasan Teori

Pengertian Penganggaran

Dalam Pasal 1 Undang Undang Nomor 17 Tahun 2003 dijelaskan pengertian Keuangan Negara yaitu Keuangan Negara adalah semua hak dan kewajiban negara yang dapat dinilai dengan uang, serta segala sesuatu baik berupa uang maupun berupa barang yang dapat dijadikan milik negara berhubung dengan pelaksanaan hak dan kewajiban tersebut. (Undang-undang No.17 tahun 2003)

Penganggaran disektor pemerintahan merupakan suatu proses yang kompleks dan panjang serta tidak dapat dilepaskan dari sektor politis. Kompleksitas disebabkan karena belum adanya kesempatan yang dapat diterima semua pihak tentang bagaimana pengalokasian sumber dana pemerintah secara tertib.

Ketidak kesepakatan tersebut antara lain disebabkan masalah politis, adanya nilai-nilai kepemimpinan yang berbeda diantara pengambil keputusan, serta adanya perdebatan tentang bagaimana suatu sistem penganggaran dapat memuaskan

semua pihak yang terkait maka alokasi anggaran sekarang didasarkan kepada target kinerja.

Prinsip-Prinsip Penganggaran

Adapun yang dimaksud dengan prinsip-prinsip anggaran adalah: (Dedi Nordiawan, Iswahyudi Sondi Putra dan Maufidah Rahmawati tahun 2007).

- a. **Transparansi dan akuntabilitas anggaran**
Anggaran harus dapat menyajikan informasi yang jelas mengenai tujuan, sasaran, hasil, dan manfaat yang diperoleh masyarakat dari suatu kegiatan atau proyek yang dianggarkan. Anggota masyarakat memiliki hak dan akses yang sama untuk mengetahui proses anggaran karena menyangkut aspirasi dan kepentingan masyarakat, terutama pemenuhan kebutuhan-kebutuhan hidup masyarakat. Masyarakat juga berhak untuk menuntut pertanggungjawaban atas rencana ataupun pelaksanaan anggaran tersebut.
- b. **Disiplin Anggaran**
Pendapatan yang direncanakan merupakan perkiraan yang terukur secara rasional yang dapat dicapai untuk setiap sumber pendapatan. Sedangkan belanja yang dianggarkan pada setiap pos atau pasal merupakan batas tertinggi pengeluaran belanja. Penganggaran pengeluaran harus didukung dengan adanya kepastian tersedianya penerimaan dalam jumlah yang cukup dan tidak dibenarkan melaksanakan kegiatan atau proyek yang belum atau tidak tersedia anggarannya. Dengan kata lain, bahwa penggunaan setiap pos anggaran harus sesuai dengan kegiatan atau proyek yang diusulkan
- c. **Keadilan Anggaran**
Pemerintah wajib mengalokasikan penggunaan anggarannya secara adil agar dapat dinikmati oleh seluruh kelompok masyarakat tanpa diskriminasi

dalam pemberian pelayanan, karena pendapatan pemerintah pada hakikatnya diperoleh melalui peran serta masyarakat secara keseluruhan.

- d. **Efisiensi dan efektivitas Anggaran**
Penyusunan anggaran hendaknya dilakukan berlandaskan azas efisiensi, tepat guna, tepat waktu pelaksanaan, dan penggunaannya dapat dipertanggungjawabkan. Dana yang tersedia harus dimanfaatkan dengan sebaik mungkin untuk dapat menghasilkan peningkatan dan kesejahteraan yang maksimal untuk kepentingan masyarakat.
- e. **Disusun dengan pendekatan kinerja**
Anggaran yang disusun dengan pendekatan kinerja mengutamakan upaya pencapaian hasil kerja (*output* atau *outcome*) dari perencanaan alokasi biaya atau input yang telah ditetapkan. Hasil kerjanya harus sepadan atau lebih besar dari biaya atau input yang telah ditetapkan. Selain itu harus mampu menumbuhkan profesionalisme kerja di setiap organisasi kerja yang terkait.

Pengertian Realisasi Anggaran Departemen Atau Instansi

Bertitik tolak dari pengertian anggaran tersebut di atas, maka tindak lanjut dari anggaran adalah merealisasikan anggaran yang telah dialokasikan per departemen atau instansi sesuai dengan apa yang ada di APBN. Dalam hal ini, yang ditindaklanjuti adalah realisasi terhadap kegiatan yang sudah direncanakan untuk dilaksanakan dalam satu tahun anggaran. Dengan demikian, yang dimaksudkan dengan realisasi anggaran departemen atau instansi adalah menindaklanjuti dari rencana anggaran sesuai dengan alokasi dana yang telah tertuang di dalam APBN.

(Simanjuntak tahun 2005).

Bantuan Operasional Kesehatan

Bantuan Operasional Kesehatan adalah Bantuan biaya Operasional Kesehatan non gaji untuk Puskesmas dan jaringannya dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Promotif dan Preventif KIA-KB, Gizi, Imunisasi, Kesehatan Lingkungan, Promosi Kesehatan, dan Pengendalian Penyakit untuk mempercepat pencapaian tujuan MDGs. Secara umum biaya operasional Puskesmas yang telah dianggarkan Pemerintah Daerah Kabupaten tidak mencukupi sehingga mempengaruhi pencapaian cakupan program kesehatan. Kekurangan biaya operasional akan mempengaruhi pula mutu pelayanan kesehatan Puskesmas yang nyata dilihat oleh masyarakat.

Dengan demikian dilakukan studi operasional untuk mengetahui kebutuhan biaya operasional sesuai pelayanan kesehatan dasar dan mekanisme penyaluran dana BOK ke puskesmas serta pengaruhnya terhadap kinerja Puskesmas. Manfaat studi operasional ini adalah mendapatkan rumusan kebijakan sistem pembiayaan kesehatan dalam upaya meningkatkan kinerja puskesmas, mendapatkan rumusan mekanisme perencanaan, penyaluran, pemanfaatan, dan pengawasan dana BOK yang efektif dan efisien, mengetahui besaran kebutuhan biaya operasional di puskesmas menurut variasi kinerja dan variasi regional, mengetahui model pembiayaan kesehatan berbasis kinerja yang akuntabel di puskesmas, sebagai masukan dalam menyusun anggaran kesehatan di tingkat daerah

Metode Penelitian

Sumber data dan Pengumpulan data

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Data sekunder adalah data yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pihak pengumpul

data primer atau pihak pengumpul lainnya semisal dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram. Untuk memperoleh data yang dibutuhkan, maka peneliti menggunakan prosedur pengumpulan data yang berupa dokumenter. Metode dokumenter adalah metode yang digunakan untuk menelusuri data historis.

Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah anggaran dan realisasi hasil pelaksanaan anggaran bantuan operasional kesehatan dengan unit analisis seluruh puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Sleman yang menggunakan bantuan operasional kesehatan.

Metode Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dengan cara membandingkan antara anggaran dan keterserapan anggaran bantuan operasional kesehatan untuk setiap bulannya pada masing-masing unit analisis (Puskesmas) sehingga dapat diketahui tingkat keterserapan anggaran dari unit-unit analisis, yang pada akhirnya dapat diketahui kendala ketidakterserapan anggaran.

Pembahasan

Penyerapan Anggaran Kesehatan (BOK) Kabupaten Sleman

Anggaran kesehatan kabupaten Sleman pada tahun 2012 adalah sebesar Rp1.575.000.000.- untuk 21 puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman.

Penyerapan anggaran pada bulan januari terendah sebesar 1.873% (Puskesmas Depok III) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 2.800 % (Puskesmas Ngemplak I). Pada puskesmas Ngemplak I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan pertama. Dari analisis pada akhir bulan Januari adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 39.048.750

(2.479%) dari total anggaran yang di berikan untuk tahun 2012.

Untuk penyerapan anggaran pada bulan Februari terendah sebesar 8.362% (Puskesmas Berbah) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 14.780% (Puskesmas Tempel I). Pada puskesmas Tempel I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan kedua. Dari analisis pada akhir bulan Februari adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar 178.343.900 (11.323%) dari total anggaran.

Ketersaerapan anggaran pada bulan ketiga (maret) terendah sebesar 14.067% (Puskesmas Prambanan) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 34.471% (Tempel I). Pada puskesmas Tempel I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan ketiga. Dari analisis pada akhir bulan Maret adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 348.840.100 (22.149%) dari total anggaran.

Penyerapan anggaran pada bulan April terendah sebesar 21.293% (Puskesmas Prambanan) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 52.370% (Puskesmas Tempel I). Pada puskesmas Tempel I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan keempat. Dari analisis pada akhir bulan April adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 502.830.150 (31.926%)

Untuk penyerapan anggaran terendah pada bulan mMei sebesar 30.460% (Puskesmas Prambanan) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 63.223% (Puskesmas Tempel I). Pada puskesmas Tempel I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan Kelima. Dari analisis pada akhir bulan Mei adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 634.377.175 (40.278%). Sedangkan penyerapan anggaran terendah sebesar 40.286% (Puskesmas Ngaglik I) dan penyerapan anggaran tertinggi 72.422% (Puskesmas Tempel I). Pada puskesmas Tempel I terjadi penyerapan yang tinggi di bulan Keenam. Dari analisis pada akhir

bulan Juni adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 775.769.425 (49.255%) dari total anggaran untuk bulan juni.

Penyerapan anggaran untuk bulan Juli sampai dengan agustus terendah sebesar 56.911% (Puskesmas Turi) dan penyerapan anggaran tertinggi sebesar 79.609% (Puskesmas Tempel I). Semester kedua perhitungan penyerapan anggaran dilakukan dua bulan sekali (Juli-Agustus), penyerapan anggaran ini dilakukan pada akhir bulan Agustus. Dari analisis pada akhir bulan Agustus adalah penyerapan dana anggaran BOK sebesar Rp 1.004.107.425 (63.753%). Untuk bulan juli sampai dengan september anggaran dicairkan untuk tiga bulan sekaligus. Sedangkan untuk bulan oktober sampai dengan desember juga pencairannya dilakukan sekaligus. Sampai dengan akhir desember Bantuan Operasional Kesehatan telah dimanfaatkan 100 % oleh seluruh Puskesmas yang berada di Kabupaten Sleman.

Kesimpulan

Dari Pembahasan dapat disimpulkan bahwa penyerapan anggaran untuk masing-masing unit analisis dalam hal ini Puskesmas untuk setiap bulannya tidak sama dan bergantung pada kebutuhan, namun pada akhir tahun didapatkan bahwa penyerapan anggaran untuk setiap unit analisis terserap 100 % yang ini menunjukkan bahwa pelaku anggaran belum mengarah kepada New Public Management (NPM)

Implikasi

- 1) Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu bahan pertimbangan untuk pemerintah daerah dalam menetapkan bantuan operasional kesehatan

- 2) Bagi masyarakat penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan untuk mengawasi kinerja dari puskesmas-puskesmas yang ada di kabupaten sleman, dalam hal penyerapan anggaran.

Daftar Pustaka

- Alkazili James, et al (2008), Using Data Envelopment Analysis to Measure The Extent of Technical Efficiency of Public Health Centres in Ghana, *Journal BMC International Health and Human Rights*, No: 10.1186/1472-698X-8-11
- Afonso, A dan Aubyn M (2005), Non Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries, *Journal of Applied Economics* Vol VIII no 02, 227 - 247
- Bastian Indra (2010), Akuntansi Sektor Publik Suatu Pengantar, Jakarta: Penerbit Erlangga
- Badan Pusat Statistik, Yogyakarta
- Charnes A, Cooper W (1994), *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications* Kluwer academic Publisher
- Daniel Osei et al (2005), Technical Efficiency of Public District Hospitals and Health Centres in Ghana: a pilot study, *BMC International Health and Human Rights*, No 10.1186/1478-7547-3-9
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2012) Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan
- Departemen Kesehatan DIY (2012) , Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta
- Departemen Kesehatan Sleman (2012), Profil Kesehatan Kabupaten Sleman
- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
- Halim Abdul (2004), *Bunga Rampai Manajemen Keuangan Daerah, Edisi Revisi*, UPP AMP YKPN, Yogyakarta
- Hansen Mowen, (1997) *Management Accounting*, South-Western College Publishing, United States of America
- Hofmarcher et al (2005), Inefficiency in Austrian Inpatient Care: Identifying Ailing Providers Based on DEA Results, *Central European Journal of Operations Research* 13.4, pp: 341-363
- Indra Bastian, Akuntansi Kesehatan, PSAP, Erlangga, 2008

Instruksi Presiden RI No 3 Tahun 2010 Tentang Program Pembangunan Yang Berkeadilan

Jacobs R (2001), Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: Data Envelopment Analysis and Stochastic Frontier analysis, *Health Care Management Science*, 4:103-115

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/MENKES/SK/III 2004, Tentang: Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat

Lembaga Administrasi Negara RI, Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, 2003

Mensah Yaw, Schoderbek Michael P, Werder Robert, A Methodology for Evaluating the Cost-Effectiveness of Alternative Management Tools in Public Sector Institutions: An Application to Public Education.

Mardiasmo, *Akuntansi Sektor Publik*, Penerbit Andi, Yogyakarta, 2002

Ramanathan, "An Introduction to Data Envelopment Analysis", *Sage Publications Inc, New Delhi*, 2003

Rouselle F. Lavado, Evaluating The Performance of Public Health Units Using DEA, Asian Public Policy Program, Hitotsubashi University, Japan

Rowena Jacobs (2001), Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: Data Envelopment Analysis and Stochastic Ffrontier Analysis, *Health Care Management Science*

Saleh samsubar (2000) Metode Empiris Data Envelopment Analisis, Pusat Antar Universitas Studi Ekonomi, Yogyakarta.

Salinas-Jimenez J, Smith P (1996), Data Envelopment Analysis Applied to Quality in Primary Health Care, *Annals of Operational Research*, 67: 141-161

Sullivan Arthur, Steven M. Sheffrin (2003), *Economics: Principles in Action*, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall

Thanassoulis (2002) , Comparative Performance Measurement in Regulation: The Case of English and Welsh Sewerage Services, *Journal of the Operational Research Society*, Vol 53, No 3, 292-302

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, Tentang: Kesehatan

Worthington Andrew C (2004), Frontier Efficiency Measurement in Healthcare: A Review of empirical Techniques and Selected Applications, *Medical Care Research and Review*

_____ (2001), An Empirical Survey of Frontier Efficiency Measurement Techniques in Education, *Education Economic*, Vol 9, No 3 pp 245-268

Yasar A. Oscan, (2008) *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation an Assesment using Data Envelopment Analysis (DEA)*, Springer, Newton MA

Yu Kam, Thunder Bay (2011) , Measuring Efficiency and Cost-Effectiveness in Health Care Sector, *Esay on the theory and practice of index number: the making of macroeconomics data*, VVDM Verkaq

Zavras A et all (2002), Using DEA to Evaluate Efficiency and Formulate Policy Within a Greek National Primary Health Care Network, *Journal of Medical Systems*, 26 (4) 285-292

Zere EA et all (2000), Hospital Efficiency in Sub-Saharan Africa: Evidence From South Africa, *South African Journal of Economics*, 69 (2) pp: 336-358