

**PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL TERHADAP
BELANJA KESEHATAN
DI KABUPATEN/KOTA SUMATERA BARAT**

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi
Pada Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang*



OLEH

KRISTINI MANURUNG

13632/2009

PROGRAM STUDI EKONOMI PEMBANGUNAN

FAKULTAS EKONOMI

UNIVERSITAS NEGERI PADANG

2014

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI

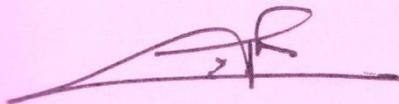
PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL TERHADAP BELANJA
KESEHATAN KABUPATEN/KOTA DI SUMATERA BARAT

NAMA : KRISTINI MANURUNG
NIM/TM : 13632/2009
KEAHLIAN : EKONOMI PUBLIK
PRODI : EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS : EKONOMI
UNIVERSITAS : UNIVERSITAS NEGERI PADANG

Padang, Agustus 2014

Disetujui Oleh

Pembimbing I



Drs Zul Azhar, M.Si
NIP.19610502 198601 2 001

Pembimbing II



Melti Roza Adry, SE, ME
NIP. 19830506 200604 2 001

Mengetahui,
Ketua Prodi Ekonomi Pembangunan



Drs. Ali Anis, MS
NIP. 19591129 198602 1 001

HALAMAN PENGESAHAN LULUS UJIAN SKRIPSI

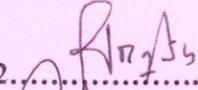
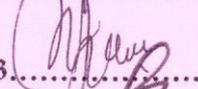
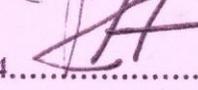
*Dinyatakan Lulus Setelah Dipertahankan di Depan Tim Penguji Skripsi
Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi
Universitas Negeri Padang*

**PENGARUH DESENTRALISASI FISKAL TERHADAP BELANJA
KESEHATAN KABUPATEN/KOTA DI SUMATERA BARAT**

NAMA : KRISTINI MANURUNG
NIM/BP : 13632/2009
KEAHLIAN : EKONOMI PUBLIK
PRODI : EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS : EKONOMI

Padang, Agustus 2014

Tim Penguji

	Nama	Tanda Tangan
1. Ketua	: Drs. Zul Azhar, M.Si	 1.....
2. Sekretaris	: Melti Roza Adry, SE,ME	 2.....
3. Anggota	: Mike Triani, SE,MM	 3.....
4. Anggota	: Drs. Ali Anis, MS	 4.....

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Kristini Manurung
Nim/ Tahun Masuk : 13632/2009
Tempat/ Tanggal Lahir : Porsea/ 29 Desember 1989
Program Studi : Ekonomi Pembangunan
Keahlian : Ekonomi Publik
Fakultas : Ekonomi
Blok E No. 7 19, ATB Padang
No. Hp/Telp : 085374776284
Judul Skripsi : Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap
Belanja Kesehatan Kabupaten/Kota Di
Sumatera Barat

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Karya tulis/ skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana), baik di Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang maupun Perguruan Tinggi lainnya
2. Karya tulis ini merupakan gagasan, rumusan dan penilaian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan menyebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Karya tulis/ skripsi ini sah apabila telah ditandatangani Asli oleh Tim Pembimbing, Tim Penguji dan Ketua Program Studi.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima **Sanksi Akademik** berupa pencabutan gelar yang diperoleh berdasarkan karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang.

Padang, 7 Agustus 2014

Yang Menyatakan,


ristini Manurung
13632/2009

ABSTRAK

Kristini Manurung (2009/13632) Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Belanja Kesehatan di Sumatera Barat. Skripsi Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Dibawah Bimbingan Bapak Drs, Zul Azhar, M.Si dan Ibu Melti Roza Adry, SE, ME

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap belanja pelayanan kesehatan Sumatera Barat. Analisis desentralisasi fiskal difokuskan pada indikator kemandirian daerah, yang merupakan rasio total pendapatan asli daerah ditambah dengan dana bagi hasil pajak dan dana bagi hasil bukan pajak terhadap total pengeluaran masing-masing daerah.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dan asosiatif yaitu penelitian yang mendeskripsikan variabel penelitian dan menemukan ada tidaknya pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikatnya. Jenis data yang digunakan adalah data panel yaitu gabungan antara data *time series* data data *cross section*. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi pustaka dan dokumentasi, dari tahun 2001-2012. Teknik analisis data, yaitu analisis deskriptif dan induktif. Analisis induktif mencakup (1) Uji Hausman (2) Chow-Test (3) Analisis Model Regresi Panel, hasil memilih pada REM. Untuk melihat signifikansi pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat digunakan (1) Uji t dan (2) Uji F dengan taraf nyata 5%.

Hasil penelitian ini adalah terdapat (1) pengaruh signifikan dan positif antara desentralisasi fiskal terhadap belanja pelayanan kesehatan Sumatera Barat (2) terdapat pengaruh signifikan secara bersama-sama antara Desentralisasi Fiskal (Variabel bebas), kunjungan pasien, Tenaga Kerja medis, jumlah puskesmas, dummy variabel (Variabel Kontrol) terhadap belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/ Kota Sumatera Barat.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan kasih karunia dan pertolonganNya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “ **Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Belanja Kesehatan Sumatera Barat** ”.

Tujuan penulisan skripsi ini adalah untuk mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan di bidang ekonomi pembangunan khususnya kajian ekonomi publik serta untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar sarjana ekonomi di Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang.

Dalam penulisan skripsi ini tidak terlepas berkat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Maka dari itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Drs. Zul Azhar, M.Si selaku pembimbing I dan Ibu Melti Roza Adry, SE, ME selaku pembimbing II sekaligus penasehat akademik penulis yang telah menyediakan waktunya untuk membimbing dan memberikan saran dan arahan dalam penyelesaian skripsi ini. Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Yunia Wardi, Drs, M. Si selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang yang telah memberikan dukungan fasilitas sarana dan prasarana serta izin dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Bapak Drs. H. Ali Anis, M.S selaku ketua dan Ibu Novya Zulva Riani, SE, M.Si selaku sekretaris Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas

Ekonomi Universitas Negeri Padang yang telah memberikan motivasi moril dalam menyelesaikan skripsi ini.

3. Bapak dan Ibu staf pengajar serta staf pegawai Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang yang telah memberikan bantuan pengetahuan dan proses administrasi yang bermanfaat selama masa perkuliahan.
4. Kepala Badan Pusat Statistik Sumatera Barat beserta staf dan karyawan yang telah membantu dalam proses pengambilan data skripsi.
5. Dan teristimewa penulis persembahkan kepada kedua orang tua serta keluarga tercinta yang selalu memberikan doa dan motivasi kepada penulis, dalam menyelesaikan studi di Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang ini.
6. Rekan-rekan se-angkatan 2009 Program Studi Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini tidak luput dari segala kekurangan, untuk itu saran dan kritikan yang sifatnya membangun dari pembaca sangat diharapkan. Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih.

Padang, Agustus 2014

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAN GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Identifikasi Masalah	13
C. Batasan Masalah	13
D. Rumusan Masalah.....	12
E. Tujuan Penelitian	14
F. Manfaat Penelitian	14
BAB II KAJIAN TEORI, KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
A. Landasan Teori	16
1. Teori Pengeluaran Pemerintah	16
a. Teori Pengeluaran Pemerintah Secara mikro	16
b. Teori Pengeluaran Pemerintah Secara Makro	17
c. Pengeluaran Kesehatan.....	19
2. Otonomi Daerah.....	22
3. Desentralisasi Fiskal.....	22
4. Keuangan Daerah.....	23
5. Sumber-sumber Pendapatan Daerah	25
a. Pendapatan Asli Daerah (PAD).....	26
b. Dana Perimbangan.....	37
c. Lain-lain Pendapatan yang Sah	40

6. Kemandirian Keuangan Daerah	41
7. Belanja Pelayanan Publik.....	42
8. Desentralisasi Fiskal Terhadap Pengeluaran Publik	44
9. Indikator kesehatan	45
B. Penelitian terdahulu	48
C. Kerangka Konseptual	49
D. Hipotesis	50

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	53
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	53
C. Variabel Penelitian	53
D. Jenis dan Sumber Data	55
E. Teknik Pengumpulan Data	55
F. Defenisi Operasional.....	56
G. Teknik Analisis Data	57
1. Analisis Deskriptif.....	57
2. Analisis Induktif	57
a. Analisis Model Regresi Panel	57
b. Common Effect Model.....	59
c. Fixed Effect Model	59
d. Random Effect Model.....	60
3. Asumsi Klasik	63
4. Pengujian Hipotesa.....	67
a. Uji t	67
b. Uji F	68

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	70
1. Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	70

a.	Letak Geografis Sumatera Barat.....	70
b.	Iklim	71
c.	Penduduk	71
d.	Pertumbuhan Ekonomi Sumatera Barat.....	73
2.	Analisis Deskripsi Variabel Penelitian	75
a.	Belanja Pelayanan Kesehatan Sumatera Barat	75
b.	Desentralisasi Fiskal di Provinsi Sumatera Barat	78
3.	Analisis Induktif	82
a.	Model Regresi Panel.....	82
1)	Pendekatan Common Effect Model.....	82
2)	Pendekatan Fixed Effect Model	83
3)	Pendekatan Random Effect Model.....	83
a)	Chow-Test (Likelihood Ratio Test)	84
b)	Husman Test	84
4)	Analisis Model Regresi Panel	85
4.	Koefisien Determinasi.....	86
5.	Pengujian Hipotesis	87
a.	Uji t	87
b.	Uji F	89
B.	Pembahasan.....	89
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
A.	Kesimpulan.....	95
B.	Saran	96
 DAFTAR PUSTAKA		
		97

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Jumlah Puskesmas dan Fasilitas Tenaga medis di Kab /Kota Sumatera Barat Tahun 2003 – 2005.....	6
2. Jumlah Puskesmas dan Fasilitas Tenaga medis di Kab /Kota Sumatera Barat Tahun 2010 – 2012.....	8
3. Realisasi APBD berdasarkan Bidang/Fungsi Pengeluaran Kesehatan Kab/Kota di Sumatera Barat Tahun 2003 – 2005 dan Tahun 2010 – 2012.....	11
4. Luas Daerah, jumlah Penduduk dan Kepadatan Penduduk di Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2012.....	73
5. Pertumbuhan Ekonomi Sumatera Barat Tahun 2012.....	74
6. Ratio APBD Bidang Kesehatan Dibagi Dengan Realisasi Total APBD Berdasarkan Bidang/Fungsi Pengeluaran Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012.....	77
7. Rasio Pendapatan Asli Daerah ditambah dana Bagi Hasil Pajak dan Bukan Pajak Terhadap Total Pengeluaran Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012.....	81
8. Hasil Regresi Common Effect Model.....	82
9. Hasil Regresi Fixed Effect Model.....	83
10. Hasil Regresi Random Effect Model.....	83
11. Hasil Chow Test.....	84
12. Hasil Hausman Test.....	85

DAFTAR GAMBAR

1. Kerangka Konseptual	50
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Realisasi APBD Belanja Bidang Kesehatan Berdasarkan Bidang/Fungsi Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012 (dalam juta rupiah)	97
2. Realisasi APBD Total Belanja Berdasarkan Bidang/Fungsi Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012 (Dalam Juta Rupiah)	98
3. Ratio APBD Bidang Kesehatan Dibagi Dengan Realisasi Total APBD Berdasarkan Bidang/Fungsi Pengeluaran Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012	99
4. Pendapatan Asli Daerah (PAD) Ditambah Dana Bagi Hasil Pajak Dan Non Pajak Kabupaten/Kota Di Sumatera Barat Tahun 2001-2012 (Dalam Satuan Rupiah)	100
5. Pengeluaran Pemerintah Daerah Menurut Total Komponen Pengeluaran Kabupaten/Kota Sumatera Barat 2001-2012 (Rupiah)	101
6. Rasio Pendapatan Asli Daerah ditambah dana Bagi Hasil Pajak dan Bukan Pajak Terhadap Total Pengeluaran Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2001-2012 (Dalam Persen)	102
7. Hasil Regresi Common Effect Model	103

8. Hasil Regresi Fixed Effect Model.....	104
9. Hasil Regresi Random Effect Model	105
10. Hasil Chow Test.....	106
11. Hasil Hausman Test	107
12. Tabel t	108
13. Tabel F	110

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sejarah perekonomian mencatat desentralisasi telah muncul ke permukaan sebagai paradigma baru dalam kebijakan dan administrasi pembangunan sejak dasawarsa 1970-an. Tumbuhnya perhatian terhadap desentralisasi tidak hanya dikaitkan dengan gagalnya perencanaan terpusat dan populernya strategi pertumbuhan dengan pemerataan (*growth with equity*), tetapi juga apa adanya kesadaran bahwa pembangunan adalah suatu proses yang kompleks dan penuh ketidakpastian yang tidak mudah dikendalikan dan direncanakan dari pusat. Karena itu dengan penuh keyakinan para pelopor desentralisasi mengajukan sederet panjang alasan dan argumen tentang pentingnya desentralisasi dalam perencanaan dan administrasi di negara Dunia Ketiga. (Allen,1990 dalam Kuncoro:3, 2004).

Desentralisasi merupakan penyerahan kewenangan dari pusat ke daerah guna pemberdayaan pemerintah daerah, dan masyarakat daerah untuk dapat mengembangkan daerahnya secara mandiri atau yang sering disebut dengan otonomi daerah. Otonomi daerah umumnya diikuti dengan kebijakan desentralisasi fiskal, sebagai instrument untuk mendukung daerah dalam pelayanan publik melalui transfer dana ke daerah. Desentralisasi fiskal akan memberikan manfaat yang optimal jika diikuti oleh kemampuan finansial yang memadai oleh daerah otonom. Kebijakan desentralisasi fiskal bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakatnya, terutama dalam mencapai standar pelayanan minimum.

Melalui kebijakan desentralisasi fiskal dan otonomi daerah maka pengambilan keputusan dalam penyelenggaraan pemerintah dan penyediaan pelayanan publik diharapkan akan menjadi lebih sederhana dan cepat karena dapat dilakukan oleh pemerintah daerah terdekat sesuai kewenangan yang ada.

Paradigma pengelolaan (keuangan) daerah, baik ditingkat provinsi maupun kabupaten/kota mengalami perubahan yang sangat berarti seiring dengan diterapkannya otonomi daerah sejak awal tahun 2001. Hal ini ditandai dengan diberlakukannya UU yang menyangkut otonomi ini, yaitu UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Dalam UU No. 22/1999 Bab VIII, Pasal 78 dinyatakan bahwa penyelenggaraan tugas Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dibiayai dari dan atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sedangkan penyelenggaraan tugas Pemerintah (Pusat) di Daerah dibiayai dari dan atas beban Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

Dalam hubungannya dengan pembiayaan pemerintahan di daerah, sesuai dengan UU No. 25/1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, bahwa pada prinsipnya pendapatan daerah dikelompokkan menjadi 1) Pendapatan Asli Daerah (PAD), 2) Dana Perimbangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, 3) Pinjaman daerah, dan 4) Lain-lain pendapatn daerah yang sah.

Tugas dan kewajiban Pemerintah Daerah adalah menyediakan barang dan jasa yang dampaknya bersifat lebih terbatas pada penduduk di suatu wilayah tertentu, seperti dalam hal penerangan jalan, mobil pemadam kebakaran, penyediaan lampu lalu lintas dan sebagainya. Sedangkan kegiatan penyediaan barang publik yang mempunyai dampak sangat luas seperti pertahanan dan keamanan, keadilan serta kesehatan masyarakat, merupakan tanggung jawab pemerintah pusat. Sistem pemerintahan dengan otonomi daerah akan lebih mampu menyediakan jasa pelayanan publik yang bervariasi sesuai dengan preferensi (keinginan) masing-masing masyarakat.

Undang-undang No. 25/1999 yang direvisi menjadi Undang-Undang No.33/2004 adalah mengenai perimbangan keuangan antara Pusat dan Daerah, dimana mendorong desentralisasi dengan pembagian sumber daya fiskal kepada pemerintah daerah. Pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yang diatur dalam Undang-Undang No. 32/2004 perlu diikuti dengan pelimpahan keuangan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah yang diatur dalam UU No.33/2004.

Undang-Undang No.32/2004 telah menjelaskan bagaimana sejatinya sebuah reformasi dari sentralisasi menjadi desentralisasi. Kegiatan penyediaan barang publik yang mempunyai dampak sangat luas seperti kesehatan masyarakat, merupakan tanggung jawab pemerintah pusat sekarang menjadi pemerintah daerah. Dengan begitu pelaksanaan

desentralisasi bidang kesehatan, harus terdapat kesamaan visi antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat.

Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Kondisi kesehatan yang buruk, khususnya pada ibu dan anak akan menciptakan kualitas sumber daya manusia yang rendah. Anak-anak yang kurang sehat akan mengalami gangguan dalam proses pendidikan. Gangguan kesehatan dapat membuat proses pendidikan di bangku sekolah terhambat, sehingga kualitas pendidikan pun akan mengalami penurunan. Begitu pula dengan ketenagakerjaan, tenaga kerja yang tidak sehat tidak akan mampu bekerja secara optimal, sehingga produktivitas para tenaga kerja akan menjadi rendah. Kondisi-kondisi seperti ini kedepannya akan sangat berpeluang besar menghambat proses pembangunan ekonomi negara. Terkait dengan hal tersebut maka untuk mencapai pembangunan ekonomi yang mapan, harus didahulukan dengan perbaikan kualitas sumber daya manusia, terutama di bidang kesehatan.

Besarnya belanja kesehatan berhubungan positif dengan pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Semakin besar belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah maka akan semakin baik pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Pemerintah daerah merupakan pihak utama dalam penyediaan fasilitas kesehatan saat ini. Pemerintah daerah memiliki wewenang dalam mengatur anggaran daerah sebagai akibat dari desentralisasi fiskal

sehingga anggaran kesehatan pun tergantung pada pemerintah daerah. Menurut data BPS, jumlah pengeluaran daerah untuk kesehatan terhadap total pengeluaran kesehatan meningkat dari 10 persen sebelum desentralisasi menjadi 50 persen pada tahun 2001. Hal ini dapat membuat pola pengeluaran kesehatan menjadi lebih responsif terhadap kondisi lokal dan keragaman pola penyakit. Akan tetapi hal ini akan berdampak juga pada hilangnya skala ekonomis, meningkatnya ketimpangan pembiayaan kesehatan secara regional dan berkurangnya informasi kesehatan yang penting.

Adanya kebijakan desentralisasi dalam bidang kesehatan akan membawa implikasi yang luas bagi pemerintah daerah dan masyarakat. Implikasi tersebut dapat memberikan dampak positif dan dampak negatif. Dampak positif desentralisasi pembangunan kesehatan antara lain : 1) terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis yang berdasarkan atas aspirasi masyarakat, 2) pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan, 3) optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap, 4) memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu kepada petunjuk atasan, 5) menumbuhkan kembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan) tanpa mengabaikan peran sektor lain.

Dampak negatif muncul pada dinas kesehatan yang selama ini terbiasa dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat diharuskan membuat program dan kebijakan sendiri. Jika pemerintah

daerah tidak memiliki sumber daya yang handal dalam menganalisis kebutuhan, mengevaluasi program, dan membuat program, maka program yang dibuat tidak akan bermanfaat. Selain itu, pengawasan dana menjadi hal yang paling harus diperhatikan untuk menghindari penyelewengan anggaran. Arus desentralisasi semakin menuntut pemotongan jalur birokrasi aparatur pemerintahan. Hal ini menjadi kendala karena perubahannya membutuhkan waktu yang lama dan komitmen dari aparatur pemerintah.

Tabel 1. Data Jumlah Puskesmas dan Fasilitas Tenaga Medis di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat Periode 2003-2005

No	Kabupate/Kota	2003		2004		2005	
		Puskes Mas	T. Medis	Puskes Mas	T. Medis	Puskes Mas	T. Medis
1.	Kep. Mentawai	4	96	6	111	7	111
2.	Pesisir Selatan	18	283	19	345	18	458
3.	Solok	22	365	23	479	18	431
4.	Sijunjung	18	328	20	435	12	435
5.	Tanah Datar	20	293	22	397	22	297
6.	Padang Pariaman	21	385	22	455	24	360
7.	Agam	21	450	21	460	21	786
8.	Limapuluh Kota	18	257	19	388	19	335
9.	Pasaman	20	507	20	651	9	186
10.	Solok Selatan	-	-	-	-	6	178
11.	Dharmasraya	-	-	-	-	8	174
12.	Pasaman Barat	-	-	-	-	13	155
13.	Padang	19	477	19	452	19	452
14.	Kota Solok	3	174	3	192	3	204
15.	Sawahlunto	5	107	5	125	5	96
16.	Padang Panjang	2	75	3	78	3	78
17.	Bukit Tinggi	5	389	5	375	6	375
18.	Payakumbuh	5	215	6	195	6	204
19.	Pariaman	4	109	3	119	4	119
	Total	204	4510	216	5257	223	5434

Sumber : BPS Sumbar Dalam Angka

Berdasarkan Tabel 1 jumlah puskesmas dan tenaga medis di setiap Kabupaten/Kota di Sumatera Barat mengalami peningkatan yang signifikan antara tahun 2003-2005 yaitu, jumlah total puskesmas dari 205 menjadi 223 unit dan jumlah total tenaga medis adalah 4510 orang menjadi 5434 orang. Kabupaten Padang Pariaman pada tahun 2003 dan 2005 memiliki puskesmas yang paling banyak jumlahnya yaitu 25 dan 24 unit. Kabupaten pasaman pada tahun 2003 dan 2004 memiliki jumlah tenaga medis yang paling banyak yaitu 507 dan 661 orang. Tetapi pada tahun 2005 mengalami penurunan menjadi 186 orang. Ini disebabkan terbentuknya kabupaten/ kota yang baru yaitu Kabupaten Dharmasraya, Kabupaten Pasaman Barat dan Kabupaten Solok Selatan.

Kota Padang Panjang memiliki jumlah puskesmas paling sedikit jumlahnya serta tenaga medis sepanjang tahun 2003-2005 jumlah puskesmasnya 2 unit dan jumlah tenaga medis yang dimiliki oleh kota ini berjumlah 78 orang. Mungkin disebabkan oleh Kota Padang Panjang letaknya dekat dengan Kota Bukittinggi yang memiliki Rumah Sakit Umum dan puskesmas yang memadai. Berbeda dengan Kota Pariaman walaupun hanya memiliki 4 unit puskesmas tetapi memiliki tenaga medis yang cukup banyak yaitu 109-129 orang. Pada tahun 2005 kabupaten Agam memiliki jumlah tenaga medis yang paling banyak yaitu 786 orang sedangkan jumlah puskesmasnya hanya 21 unit.

Menurut azas desentralisasi fiskal, pelaksanaan pelayanan kesehatan didanai oleh APBD Propinsi atau Kabupaten/Kota, yang

tanggung jawab pelaksanaan kegiatan dibebankan kepada gubernur atau bupati/walikota. Dengan cara ini, pendanaan program ditentukan oleh daerah. (Elfrindi,2003:106). Namun dengan keterbatasan pendapatan daerah, maka daerah masih bergantung pada bantuan pusat. Bantuan Pusat yang berasal dari dana APBN yang masuk dalam penerimaan APBD adalah dalam bentuk dana perimbangan yang dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.

Tabel 2. Data Jumlah Puskesmas dan Fasilitas Tenaga Medis di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat Periode 2010-2012

No	Kabupaten/Kota	2010		2011		2012	
		Puskesmas	T. Medis	puskesmas	T. Medis	Puskesmas	T. Medis
1.	Kep. Mentawai	7	50	7	207	10	239
2.	Pesisir Selatan	18	336	18	324	18	542
3.	Solok	18	515	18	304	18	447
4.	Sijunjung	12	447	12	270	12	389
5.	Tanah Datar	23	336	23	346	23	434
6.	Padang Pariaman	24	327	24	410	24	471
7.	Agam	22	620	22	316	22	483
8.	Limapuluh Kota	22	385	22	305	22	536
9.	Pasaman	16	301	16	232	16	25
10.	Solok Selatan	8	201	8	126	8	279
11.	Dharmasraya	12	526	12	196	12	218
12.	Pasaman Barat	18	652	17	347	17	401
13.	Padang	20	567	20	503	22	615
14.	Kota Solok	4	135	4	140	4	140
15.	Sawahlunto	6	156	6	102	6	140
16.	Padang Panjang	4	67	4	83	4	70
17.	Bukit Tinggi	6	128	7	119	7	145
18.	Payakumbuh	8	137	8	101	8	158
19.	Pariaman	6	180	6	101	7	254
	Total	254	6066	254	4532	260	5986

Sumber : BPS Sumbar Dalam Angka data diolah

Berdasarkan tabel 2 jumlah puskesmas di setiap Kabupaten/Kota di Sumatera Barat tidak mengalami peningkatan antara tahun 2010-2011

yaitu jumlah puskesmas 254 unit menjadi 254 unit, tetapi jumlah tenaga medis mengalami penurunan yang signifikan juga dari tahun 2010-2011 jumlah totalnya 6066 orang menjadi 4532 orang pada tahun 2011. Kabupaten Padang Pariaman pada tahun 2010 dan 2011 memiliki puskesmas yang paling banyak jumlahnya 24 unit. Kabupaten Pasaman Barat memiliki jumlah tenaga medis terbanyak tahun 2010 yaitu 652 orang dan jumlah puskesmasnya hanya 18 unit. Tetapi pada tahun 2012 mengalami penurunan yang signifikan menjadi 401 orang. Kota Padang Panjang memiliki jumlah puskesmas paling sedikit jumlahnya serta tenaga medis juga selama tahun 2009-2010 jumlah puskesmasnya 3 unit dan jumlah tenaga medis yang dimiliki oleh kota ini berjumlah 67 orang dan pada tahun 2011 meningkat menjadi orang.

Dengan berkembangnya demokrasi dan reformasi serta kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, maka masyarakat pengguna pelayanan kesehatan semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Masyarakat yang pengguna pelayanan kesehatan minimal yang seharusnya dilakukan terkadang diabaikan sehingga berimbas kepada kualitas pelayanan yang seharusnya diterima masyarakat.

Daerah memiliki kewajiban-kewajiban yang harus dipenuhinya kepada publik. Kewajiban-kewajiban tersebut dapat berupa pembangunan berbagai fasilitas publik dan peningkatan kualitas pelayanan terhadap publik. Untuk melaksanakan kewajiban-kewajiban tersebut diperlukan pengeluaran-pengeluaran daerah. Pengeluaran-pengeluaran daerah tersebut

mempunyai kaitan terhadap kewajiban-kewajiban daerah yang dapat dinilai dengan uang. Pemerintah daerah memiliki wewenang dalam mengatur anggaran daerah sebagai akibat dari desentralisasi fiskal sehingga anggaran kesehatan pun tergantung pada pemerintah daerah. Menurut data BPS, jumlah pengeluaran daerah untuk kesehatan terhadap total pengeluaran kesehatan mengalami peningkatan.

Belanja kesehatan yang dikeluarkan pemerintah termasuk ke dalam alokasi belanja pembangunan. Belanja pembangunan merupakan pengeluaran yang bertujuan untuk pembiayaan proses perubahan dan bersifat menambah modal masyarakat baik dalam bentuk pembangunan fisik maupun non fisik. Mils dan Gilson (1990) memberikan kriteria belanja sektor kesehatan secara umum ke dalam lima aspek, yaitu; (1) pelayanan kesehatan dan jasa-jasa sanitasi lingkungan, (2) rumah sakit, institusi kesejahteraan sosial, (3) pendidikan, pelatihan, penelitian medis murni, (4) pekerjaan medis sosial, kerja sosial, (5) praktisi medis dan penyedia pelayanan kesehatan tradisional. Sektor-sektor tersebut yang kemudian akan mendapat alokasi belanja kesehatan dari pemerintah. Secara keseluruhan, total pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan sejumlah negara tetangga (US \$ 16 per orang per tahun pada 2001). Hal ini disebabkan oleh rendahnya pengeluaran pemerintah maupun pribadi untuk kesehatan.

**Tabel 3. Realisasi APBD Berdasarkan Bidang/Fungsi Pengeluaran Kesehatan Kabupaten/Kota Sumatera Barat Tahun 2010-2012
(dalam jutaan rupiah)**

No.	Kabupaten/Kota	2003	2004	2005	Rata-rata	2010	2011	2012	Rata-rata
1.	Kepulauan Mentawai	6.820	-	8.242	5.020	46.861	59.783	66.310	57.651
2.	Pesisir Selatan	15.637	16.150	18.629	16.805	54.005	60.633	81.289	65.309
3.	Solok	14.486	14.707	13.693	14.385	38.029	46.430	53.170	45.876
4.	Sijunjung	14.750	14.806	10.339	13.298	70.232	85.700	46.956	67.629
5.	Tanah Datar	16.770	21.457	29.438	22.555	-	60.887	72.669	66.778
6.	Padang Pariaman	10.853	11.963	16.829	13.215	61.728	49.937	64.355	58.673
7.	Agam	16.770	21.457	29.438	22.555	55.572	69.626	77.002	67.400
8.	Limapuluh Kota	10.717	11.948	13.882	12.182	44.471	51.814	60.813	52.366
9.	Pasaman	-	-	-	-	-	56.528	63.481	60.005
10.	Solok Selatan	-	-	-	-	29.898	29.924	53.050	37.624
11.	Dharmasraya	-	-	-	-	44.309	56.558	55.453	52.107
12.	Pasaman Barat	-	-	8.023	2.674	46.171	51.494	66.256	54.640
13.	Padang	17.957	20.015	23.267	20.413	72.270	86.841	94.691	84.601
14.	Kota Solok	3.783	5.591	5.544	4.972	24.667	28.145	27.519	26.777
15.	Sawahlunto	11.805	12.497	14.719	13.007	38.015	49.601	48.750	45.455
16.	Padang Panjang	8.224	11.624	10.963	10.270	41.402	60.186	50.776	50.788
17.	Bukit Tinggi	3.320	4.318	5.554	4.397	22.305	19.767	21.685	21.252
18.	Payakumbuh	-	15.866	16.132	10.666	47.539	50.559	61.768	53.289
19.	Pariaman	-	4.099	7.898	3.999	24.996	26.777	30.958	27.577

Sumber : DJPK Departemen Keuangan Data Diolah

Berdasarkan tabel 3, pengeluaran kesehatan Kabupaten/Kota di Sumatera Barat berfluktuasi dari tahun ke tahun. Khususnya dari tahun 2003-2005 terlihat perubahan tingkat belanja kesehatan per kabupten/kota. Pada data tahun 2003 menunjukkan bahwa daerah yang tertinggi pengeluarannya disektor kesehatan adalah Kota padang yaitu sebesar Rp 17.957.000 dan pada tahun 2004 meningkat menjadi Rp 20.015.000. Pada tahun 2003-2005 yang tertinggi adalah Kabupaten Tanah Datar dan selalu sama dengan Kabupaten Agam. Pada tahun 2010 menunjukkan bahwa daerah yang tertinggi pengeluarannya di sektor kesehatan adalah Kota Padang yaitu sebesar Rp 72.270.000.000. Begitu juga pada tahun 2011 meningkat menjadi Rp 86.841.000.000, dan pada tahun 2012 Kota Padang juga tetap memiliki tingkat pengeluaran kesehatan terbesar Rp 94.691.000.000.

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan perubahan yang signifikan terhadap belanja daerah di bidang kesehatan setelah pemberlakuan UU No.33/2004 dimana peningkatan terhadap belanja daerah rata-rata naik hampir 3 kali lebih besar dari belanja sebelumnya. Pada tahun 2003-2005 rata-rata belanja daerah dalam bidang kesehatan di Kota Padang adalah Rp 20.413.000 sedangkan pada tahun 2010-2012 rata-rata belanja daerah di bidang kesehatan meningkat menjadi Rp 84.601.000.000, data ini menunjukkan bagaimana perubahan anggaran belanja pemerintah daerah di bidang kesehatan setelah pemberlakuan UU

No. 33/2004 dimana pemerintah daerah menunjukkan kewenangannya dalam mengelola keuangan daerah yang dipimpinnya.

Berdasarkan fenomena di atas, penulis tertarik untuk meneliti dalam sebuah penelitian yang berjudul **“Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Belanja Kesehatan di Kabupaten/Kota Sumatera Barat”**.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang, permasalahan penelitian dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Sejauh mana desentralisasi fiskal mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat?
2. Sejauh mana kunjungan pasien ke puskesmas mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat?
3. Sejauh mana jumlah puskesmas mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat?
4. Sejauh mana jumlah tenaga medis mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat?
5. Sejauh mana jumlah penduduk mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat?

C. Batasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah di atas untuk lebih memfokuskan penelitian ini dan untuk mengatasi permasalahan maka penulis membatasi masalah pengaruh desentralisasi fiskal terhadap belanja pelayanan kesehatan di Provinsi Sumatera Barat. Tingkat belanja kesehatan tersebut

meliputi Kunjungan Pasien, Jumlah Tenaga Medis, Jumlah Puskesmas dan variabel Dummy. Dalam penelitian ini variabel ini berperan sebagai variabel kontrol dimana ada faktor lain yang mempengaruhi tingkat belanja. Objek penelitian ini adalah seluruh kabupaten/kota provinsi Sumatera Barat yaitu 19 kabupaten/kota.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas adalah maka dirumuskan masalah sebagai berikut: Sejauhmanakah pengaruh desentralisasi fiskal terhadap belanja kesehatan kabupaten/kota Sumatera Barat?

E. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis pengaruh : Untuk mengetahui dan menganalisis sejauh mana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap belanja kesehatan kabupaten/kota Sumatera Barat.

F. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Bagi penulis, penelitian ini berguna sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana pada jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang dan sebagai masukan tambahan literatur bagi mahasiswa ekonomi Fakultas Ekonomi khususnya mahasiswa departemen ekonomi pembangunan.
2. Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya sekaligus juga sebagai tambahan wawasan bagi penulis.

3. Sebagai bahan pertimbangan bagi pihak-pihak yang berkepentingan dalam pengambilan keputusannya yang berkaitan dengan bidang keuangan daerah.

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Landasan Teori

1. Teori Pengeluaran Pemerintah

a. Pengeluaran Pemerintah secara Mikro

Pengeluaran pemerintah merupakan suatu cerminan kebijakan yang akan dilaksanakan oleh suatu pemerintahan. Teori mengenai pengeluaran pemerintah dibagi menjadi dua bagian yaitu pengeluaran pemerintah secara makro, dan pengeluaran pemerintah secara mikro. Pengeluaran pemerintah secara mikro menurut Guritno (1997) merupakan teori perkembangan pengeluaran pemerintah bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan terhadap barang publik, dan faktor-faktor yang mempengaruhi tersedianya barang publik. Faktor-faktor permintaan akan barang publik dan faktor-faktor persediaan barang publik akan berinteraksi sehingga jumlah barang publik dapat ditentukan melalui anggaran belanja. Pengeluaran pemerintah untuk barang publik akan menstimulasi pengeluaran untuk barang lain. Perkembangan pengeluaran pemerintah secara mikro dipengaruhi faktor-faktor di bawah ini:

1. Perubahan permintaan akan barang publik
2. Perubahan dari aktifitas pemerintah dalam menghasilkan barang publik, dan juga perubahan dari kombinasi faktor produksi yang digunakan dalam proses produksi.

3. Perubahan kualitas barang publik
4. Perubahan harga faktor-faktor produksi

Barang dan jasa publik yang disediakan oleh pemerintah juga disediakan oleh politisi yang memilih jumlah barang dan jasa yang dihasilkan. Selain itu, para politisi juga menentukan jumlah pajak yang akan dikenakan kepada masyarakat untuk membiayai barang dan jasa publik yang disediakan. Sehingga para politisi akan menetapkan jumlah barang publik dan tingkat pajak yang menjadi keinginan masyarakat agar masyarakat tetap memilih mereka.

b. Pengeluaran Pemerintah Secara Makro

1) Hukum Wagner

Teori yang dikemukakan oleh Wagner mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin meningkat secara proporsi terhadap GNP yang juga didasarkan pada pengamatan di Negara Eropa, U.S, dan Jepang pada abad ke-19. Menurut Wagner jika pendapatan perkapita meningkat maka secara relatif pengeluaran pemerintah akan meningkat. Hal ini didasarkan pada pertumbuhan ekonomi akan mengakibatkan hubungan industri dengan industri, hubungan industri dengan masyarakat, dan sebagainya akan menjadi semakin rumit dan kompleks.

Pada masa ini peran pemerintah akan semakin besar terutama karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kesehatan, dan

lain sebagainya. Kelemahan hukum Wagner adalah karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya pada suatu teori yang disebut organis mengenai pemerintah yang menganggap pemerintah sebagai individu terlepas dari anggota masyarakat lainnya.

2) Teori Peacock dan Wiseman

Peacock dan Wiseman mengemukakan teorinya berdasarkan pengamatan bahwa pemerintah senantiasa berusaha untuk memperbesar pengeluaran sedangkan masyarakat tidak suka membayar pajak yang semakin besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut. Sehingga teori ini disebut sebagai teori perkembangan pengeluaran pemerintah yang terbaik (Gurotno, 1993).

Dari teori ini diketahui bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak yang dapat dipahami oleh masyarakat terhadap besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluarannya. Perkembangan ekonomi menyebabkan pemungutan pajak yang semakin meningkat. Oleh karena itu, dalam keadaan normal meningkatnya GNP akan menyebabkan penerimaan pemerintah yang semakin besar, begitu juga dengan pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar.

Apabila keadaan normal ini terganggu maka pemerintah harus memperbesar pengeluarannya, maka pemerintah memanfaatkan pajak sebagai alternatif untuk peningkatan penerimaan Negara. Jika tarif pajak dinaikkan maka pengeluaran investasi dan konsumsi masyarakat menjadi berkurang. Keadaan ini disebut efek pengalihan (*displacement effect*) yaitu adanya suatu gangguan sosial menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah.

c. Pengeluaran Kesehatan

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, dan bukan sekedar bebas penyakit dan kelemahan fisik. Dalam prakteknya, pengukuran tingkat kesehatan yang digunakan antara lain tingkat harapan hidup. Ukuran ini merupakan salah satu dari tiga komponen dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, oleh karena itu kesehatan adalah hak bagi setiap warga Masyarakat yang dilindungi Undang-Undang Dasar. Perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera. Tingkat kesehatan masyarakat akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat, karena tingkat kesehatan

memiliki keterkaitan yang erat dengan kemiskinan. Sementara itu, tingkat kemiskinan akan terkait dengan tingkat kesejahteraan. Oleh karena kesehatan merupakan faktor utama kesejahteraan masyarakat yang hendak diwujudkan pemerintah, maka kesehatan harus menjadi perhatian utama pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik. Pemerintah harus dapat menjamin hak masyarakat untuk sehat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara adil, merata, memadai, terjangkau, dan berkualitas (Widodo, Waridin dan Maria, 2011).

Pembangunan kesehatan menjadi bagian integral dari pembangunan nasional karena bidang kesehatan menyentuh hampir seluruh aspek kehidupan manusia secara berkesinambungan, yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan ini merupakan upaya untuk tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Melalui pembangunan kesehatan diharapkan setiap penduduk memiliki kemampuan hidup sehat sehingga di masa mendatang tercipta generasi penerus yang bermutu sebagai modal penting dalam pembangunan nasional.

Tujuan pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Rencana Strategi Pembangunan Kesehatan adalah terselenggaranya program atau kegiatan pembangunan kesehatan yang memberi

jaminan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sesuai dengan visi “Indonesia Sehat 2010”.

Pelayanan kesehatan melalui rumah sakit dan puskesmas serta pelayanan kesehatan lainnya diharapkan meningkatkan mutu kesehatan yang menjangkau seluruh masyarakat untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang merata. Pengembangan kesehatan, baik secara kuantitas maupun kualitas, akan mendorong peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang merupakan faktor input pertumbuhan ekonomi yang berkesinambungan.

Secara ekonomi, masyarakat yang sehat akan menghasilkan tenaga kerja yang sehat dan merupakan input penting untuk pertumbuhan ekonomi. Negara-negara/daerah-daerah yang mempunyai tingkat kesehatan dan pendidikan yang rendah menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan dibandingkan dengan negara yang lebih baik tingkat kesehatan dan pendidikannya. Tenaga kerja yang berkualitas akan mempunyai peluang yang lebih besar untuk lebih produktif, mempunyai kesempatan kerja yang lebih besar, memperoleh pendapatan yang lebih tinggi, dan menghasilkan *output* ekonomi yang lebih besar juga sehingga akan mendorong kesejahteraan rakyat.

2. Otonomi Daerah

Otonomi daerah menurut UU No. 32 Tahun 2004 merupakan hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintah dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundangundangan. Dalam UU ini pemberian kewenangan otonomi kepada daerah kabupaten dan daerah kota didasarkan pada asas desentralisasi yang dilaksanakan secara luas, nyata dan bertanggung jawab.

Tujuan utama penyelenggaraan otonomi daerah adalah untuk meningkatkan pelayanan publik (*public service*) dan memajukan perekonomian daerah. Pada dasarnya terkandung tiga misi utama pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal, yaitu: (1) meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan public dan kesejahteraan masyarakat, (2) menciptakan efisiensi dan efektivitas pengelolaan sumber daya daerah, dan (3) memberdayakan dan menciptakan ruang bagi masyarakat (publik) untuk berpartisipasi dalam proses pembangunan.

3. Desentralisasi Fiskal

Desentralisasi dapat diartikan sebagai suatu proses distribusi anggaran dari tingkat pemerintahan yang lebih rendah, untuk mendukung fungsi dan tugas pemerintahan dan pelayanan public sesuai dengan banyaknya kewenangan di bidang pemerintah yang dilimpahkan (Saragih, 2003). Atau dengan kata lain perimbangan keuangan antara pusat dan daerah adalah suatu sistem pembiayaan pemerintah dalam kerangka

Negara kesatuan yang mencakup pembagian keuangan antara pemerintah pusat dan daerah serta pemerataan antar daerah secara proporsional, demokratis, kondisi dan kebutuhan daerah sejalan dengan kewajiban, dan pembagian kewenangan serta tata cara penyelenggaraan kewenangan tersebut, termasuk pengelolaan dan pengawasan keuangan (HAW.Widjaja, 2001: 42).

Desentralisasi fiskal merupakan inti dari desentralisasi itu sendiri karena pemberian kewenangan di bidang politik maupun administrasi tanpa dibarengi dengan desentralisasi fiskal merupakan desentralisasi yang sia-sia, sebab untuk dapat melaksanakan kewenangan dan tanggung jawab serta tugas-tugas pelayanan public tanpa diberi wewenang di dalam penerimaan maupun pengeluaran desentralisasi fiskal tidak akan efektif. Dengan demikian, desentralisasi fiskal akan memberi keleluasaan kepada daerah untuk menggali potensi daerah dan memperoleh transfer dari pusat dalam kerangka keseimbangan fiskal.

Transfer dana ke daerah melalui dana perimbangan diperkirakan akan menyebabkan peranan pengelolaan fiskal pemerintah pusat dalam pengelolaan fiskal pemerintah secara umum akan semakin berkurang. Sebaliknya, proporsi total pengeluaran pemerintah daerah melalui APBD akan meningkat tajam (HAW.Widjaja, 2001: 42).

4. Keuangan Daerah

Keuangan daerah adalah semua hak dan kewajiban daerah dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah yang dapat dinilai dengan

uang termasuk didalamnya segala bentuk kekayaan lain yang berhubungan dengan hak dan kewajiban daerah tersebut dalam kerangka APBD (HAW Widjaja, 2001: 147).

Dalam upaya pemberdayaan pemerintah daerah saat ini, akan perspektif perubahan yang diinginkan dalam pengelolaan keuangan daerah dan anggaran daerah adalah sebagai berikut (Mardiasmo, 2000: 3) :

1. Pengelolaan keuangan daerah harus bertumpu pada kepentingan publik (*public oriented*). Hal tersebut tidak hanya terlihat dari besarnya pengalokasian anggaran untuk kepentingan publik, tetapi juga terlihat dari besarnya partisipasi masyarakat (DPRD) dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan daerah.
2. Kejelasan tentang misi pengelolaan keuangan daerah pada umumnya dan anggaran daerah pada khususnya.
3. Desentralisasi pengelolaan keuangan dan kejelasan peran serta dari partisipasi yang terkait dalam pengelolaan anggaran, seperti DPRD, Kepala Daerah, Sekda dan perangkat daerah lainnya.
4. Kerangka hukum dan administrasi atas pembiayaan, investasi dan pengelolaan.
5. keuangan daerah berdasarkan kaidah mekanisme pasar, *value for money*, transparansi dan akuntabilitas.
6. Kejelasan tentang kedudukan keuangan DPRD, Kepala Daerah, dan PNS, baik rasio maupun dasar pertimbangannya.

7. Ketentuan tentang bentuk dan struktur anggaran, anggaran kinerja dan anggaran multi tahunan.
8. Prinsip pengadaan dan pengelolaan barang-barang daerah yang lebih profesional.
9. Prinsip akuntansi pemerintah daerah, laporan keuangan, peran DPRD, peran akuntan publik dalam pengawasan, pemberian opini dan rating kinerja anggaran, serta transparansi informasi anggaran kepada publik.
10. Aspek pembinaan dan pengawasan yang meliputi batasan pembinaan, peran asosiasi dan peran anggota masyarakat guna pengembangan profesionalisme aparat pemerintah daerah.
11. Pengembangan sistem informasi keuangan daerah untuk menyediakan informasi anggaran yang akurat dan komitmen pemerintah daerah terhadap penyebaran informasi, sehingga memudahkan pelaporan dan pengendalian, serta mempermudah mendapatkan informasi.

5. Sumber-sumber Pendapatan Daerah

Menurut UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, dijelaskan untuk menyelenggarakan otonomi daerah yang luas, nyata, dan bertanggung jawab diperlukan kewenangan dan kemampuan menggali sumber keuangan sendiri, yang didukung oleh perimbangan keuangan antar pemerintah pusat dan daerah serta antar propinsi dan kabupaten atau kota yang merupakan peasyarat sistem pemerintah daerah.

PAD merupakan suatu pendapatan yang digali murni dari masing-masing daerah, sebagai sumber keuangan daerah yang digunakan untuk membiayai pengadaan pembelian dan pemeliharaan sarana dan prasarana pembangunan daerah yang tercermin dalam anggaran pembangunan.

Berdasarkan UU No. 33 Tahun 2004 Pasal 5 penerimaan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi terdiri dari atas pendapatan daerah dan pembiayaan, dimana sumber pendapatan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi adalah PAD, dana perimbangan, dan lain-lain pendapatan. Sedangkan sumber pembiayaan daerah terdiri dari sisa lebih perhitungan anggaran daerah, penerimaan pinjaman daerah, dana cadangan daerah, dan hasil penjualan kekayaan daerah yang dipisahkan.

a. Pendapatan Asli Daerah

Pendapatan Asli Daerah adalah salah satu sumber yang harus selalu dan terus menerus di pacu pertumbuhannya, karena PAD merupakan indikator penting untuk memenuhi tingkat kemandirian pemerintah di bidang keuangan. Semakin tinggi peranan PAD terhadap APBD maka semakin berhasil usaha pemerintah daerah dalam membiayai penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan daerah.

Pengertian PAD menurut UU No. 33 Tahun 2004 adalah pendapatan yang diperoleh daerah yang dipungut berdasarkan peraturan daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam Pasal 6 disebutkan bahwa sumber PAD terdiri dari pajak daerah, retribusi daerah,

hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, dan lain-lain PAD yang sah.

1) Pajak Daerah

Pengertian pajak daerah pada umumnya merupakan iuran wajib yang dilakukan oleh orang pribadi atau badan kepada pemerintah (daerah) tanpa balas jasa langsung yang dapat ditunjuk, yang dapat dipaksakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Penerimaan dari pajak ini digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah (Suparmoko, 2001: 56).

Seperti halnya dengan pajak pada umumnya, pajak daerah mempunyai peranan ganda yaitu pertama sebagai sumber pendapatan daerah (*budgetary*) dan sebagai alat pengatur (*regulatory*). Dalam hal-hal tertentu suatu jenis pajak dapat lebih bersifat sebagai sumber pendapatan daerah, tetapi dapat pula suatu jenis pajak tertentu lebih merupakan alat untuk mengatur alokasi dan distribusi suatu kegiatan ekonomi dalam suatu daerah atau wilayah tertentu.

Sebagai sumber pendapatan dari pemerintah daerah setiap pajak harus memenuhi *Smith's cantons* yang meliputi :

- a) *Keadilan* dalam perpajakan yaitu bahwa pajak harus adil baik secara vertikal maupun secara horizontal. Adil secara vertikal artinya pajak harus dikenakan sedemikian rupa sehingga

dirasakan adil di antara berbagai tingkat atau golongan pendapatan yang berbeda. Sedangkan adil secara horizontal artinya pajak dikenakan sedemikian rupa sehingga dirasakan adil diantara berbagai sector yang berbeda pada tingkat atau golongan pendapatan yang sama.

- b) *Unsur Kepastian* ialah bahwa pajak hendaknya dikenakan secara jelas, pasti dan tegas kepada setiap wajib pajak. Hal ini akan menolong pemerintah dalam membuat perkiraan mengenai rencana pendapatan daerah yang akan datang.; dan juga akan ada keikhlasan dan usaha yang sungguh-sungguh bagi si wajib pajak dalam membayar pajak.
- c) *Unsur Kelayakan* dalam memungut pajak ialah bahwa wajib pajak harus dengan senang hati membayar pajak kepada pemerintah karena pajak yang dibayarnya layak dan tidak memberatkan para wajib pajak.
- d) Pajak daerah harus *efisien (unsur ekonomi)* artinya pajak daerah yang dipungut pemerintah daerah jangan sampai menciptakan biaya pemungutan yang lebih tinggi daripada pendapatan pajak yang diterima pemerintah daerah.
- e) Pajak daerah harus memenuhi unsur *ketepatan*, artinya pajak tersebut dipungut tepat waktunya dan jangan sampai memperberat anggaran pendapatan dan belanja pemerintah daerah yang bersangkutan.

Didalam UU No. 34 Tahun 2000 tentang perubahan atas UU No. 18 Tahun 1997 tentang Pajak daerah dan Retribusi Daerah pasal 1 ayat (6) adalah pajak daerah yang selanjutnya disebut pajak, adalah iuran wajib yang dilakukan oleh orang pribadi atau badan kepada daerah tanpa imbalan langsung yang seimbang, yang dapat dipaksakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintah daerah dan pembangunan daerah.

Menurut UU No. 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah pasal 1 ayat (10) adalah pajak daerah yang selanjutnya disebut pajak, adalah kontribusi wajib kepada daerah yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan UU, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan Daerah bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat.

Salah satu kelemahan yang dihadapi dalam upaya peningkatan PAD adalah kelemahan dalam hal pengukuran penilaian atas pungutan daerah. Oleh karena itu, untuk mendukung upaya peningkatan PAD perlu diadakan pengukuran/penilaian sumber-sumber PAD agar dapat di pungut secara berkesinambungan. Beberapa indikator yang biasa digunakan untuk menilai pajak (Devas, 1989) adalah :

a) Hasil (*Yield*)

Memadai tidaknya hasil suatu pajak dalam kaitannya dengan berbagai layanan yang dibiayainya, stabilitas dan mudah tidaknya memperkirakan besarnya hasil itu, dan elastisitas hasil pajak terhadap inflasi, pertumbuhan penduduk, dsb, juga perbandingan hasil pajak dengan biaya pungut.

b) Keadilan (*Equity*)

Dasar pajak dan kewajiban membayar harus jelas dan tidak sewenang-wenang. Pajak harus adil secara horisontal, yang berarti beban pajak haruslah sama antara berbagai kelompok yang berbeda tetapi dengan kedudukan ekonomi yang sama. Pajak harus adil secara vertikal, yang berarti beban pajak harus lebih banyak di tanggung oleh kelompok yang memiliki sumber daya yang lebih besar, dan pajak haruslah adil dari suatu daerah ke daerah lain kecuali memang suatu daerah mampu memberikan fasilitas pelayanan sosial yang lebih tinggi.

c) Daya guna ekonomi (*economic efficiency*)

Pajak hendaklah mendorong atau setidaknya tidaknya menghambat penggunaan sumber daya secara efisien dan efektif dalam kehidupan ekonomi, mencegah jangan sampai pilihan konsumen dan pilihan produsen salah arah atau orang

menjadi segan bekerja atau menabung dan memperkecil beban lebih pajak.

d) Kemampuan melaksanakan (*ability to implement*)

Suatu pajak haruslah dapat dilaksanakan, dari sudut kemauan politik dan kemauan administratif.

e) Kecocokan sebagai sumber penerimaan daerah (*suitability as a local revenue source*)

Ini berarti, haruslah jelas kepada daerah mana suatu pajak harus dibayarkan, dan tempat pemungutan pajak sedapat mungkin sama dengan tempat akhir objek pajak. Pajak tidak mudah dihindari dengan cara memindahkan objek pajak dari suatu daerah ke daerah lain. Pajak daerah hendaknya tidak mempertajam perbedaan-perbedaan antar daerah dari segi potensi ekonomi masing-masing, dan pajak hendaknya tidak menimbulkan beban yang lebih besar dari kemampuan tata usaha pajak daerah.

Sesuai dengan UU No. 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan retribusi Daerah, maka jenis-jenis pajak adalah :

1. Pajak propinsi terdiri dari:

- a) Pajak kendaraan bermotor adalah pajak atas kepemilikan dan/atau penguasaan kendaraan bermotor, bea balik nama kendaraan bermotor dan kendaraan di atas air, pajak bahan

bakar kendaraan bermotor, serta pajak pengambilan dan pemanfaatan air bawah tanah dan permukaan.

- b) Pajak bea balik nama kendaraan bermotor adalah pajak atas kepemilikan kendaraan bermotor.
- c) Pajak bahan bakar kendaraan bermotor adalah pajak atas bahan bakar kendaraan bermotor yang disediakan atau dianggap digunakan untuk kendaraan bermotor, termasuk bahan bakar yang digunakan kendaraan di air.
- d) Pajak air permukaan adalah pajak atas pengambilan dan/atau pemanfaatan air permukaan.
- e) Pajak rokok adalah pajak atas cukai yang diterapkan oleh pemerintahan terhadap rokok.

2. Pajak kabupaten/kota terdiri dari :

- a) Pajak hotel adalah pajak atas pelayanan yang disediakan oleh hotel dengan pembayaran termasuk jasa penunjang sebagai kelengkapan hotel yang sifatnya diberikan kemudahan dan kenyamanan termasuk fasilitas olahraga dan hiburan.
- b) Pajak restoran adalah pajak atas pelayanan restoran.
- c) Pajak hiburan adalah pajak atas jasa penyelenggaraan hiburan.
- d) Pajak reklame adalah pajak atas penyelenggaraan reklame.

- e) Pajak penerangan jalan adalah pajak atas penggunaan tenaga listrik baik yang dihasilkan sendiri maupun yang diperoleh dari sumber lain.
- f) Pajak pengambilan bahan galian golongan C adalah pajak atas kegiatan pengambilan bahan galian golongan C sesuai dengan peraturan perundangundangan yang berlaku.
- g) Pajak mineral bukan logam dan batuan adalah pajak atas kegiatan pengambilan mineral bukan logam dan batuan.
- h) Pajak parkir adalah pajak atas jumlah pembayaran atau yang seharusnya dibayar kepada penyelenggara tempat parkir.
- i) Pajak air tanah adalah pajak atas nilai perolehan air tanah.
- j) Pajak sarang burung walet adalah pajak atas pengambilan dan/atau pengusaha sarang burung walet.
- k) Pajak bumi dan bangunan adalah pajak atas bumi dan/atau bangunan yang dimiliki, dikuasai dan/atau dimanfaatkan oleh orang pribadi atau badan kecuali kawasan yang digunakan kegiatan usaha perkebunan, perhutanan, dan pertambangan.
- l) Pajak bea perolehan hak atas tanah dan bangunan adalah pajak atas perolehan hak atas tanah dan/atau bangunan.

Relatif rendahnya kemampuan daerah dalam menggali kapasitas pajak daerah disebabkan karena rendahnya pendapatan perkapita, rendahnya distribusi pendapatan, tingkat kepatuhan wajib pajak, dan relatif lemahnya kebijakann perpajakan daerah.

2) **Retribusi Daerah**

Menurut Suparmoko (2002: 85), retribusi daerah adalah pungutan daerah sebagai pembayaran atas jasa atau pemberian ijin tertentu yang khusus disediakan atau diberikan oleh pemerintah daerah untuk kepentingan pribadi atau badan. Jenis-jenis retribusi daerah menurut UU No. 28 tahun 2009 adalah:

- a) **Retribusi jasa umum** adalah pelayanan yang disediakan atau diberikan pemerintah daerah untuk tujuan kepentingan dan kemanfaatan umum serta dapat dinikmati oleh barang pribadi atau badan. Jenis-jenis retribusi jasa umum adalah :
 1. **Retribusi pelayanan kesehatan**
 2. **Retribusi pelayanan persampahan/kebersihan**
 3. **Retribusi penggantian biaya cetak KTP dan Akte catatan sipil**
 4. **Retribusi pelayanan pemakaman dan pengabuan mayat**
 5. **Retribusi pelayanan parkir di tepi jalan umum**
 6. **Retribusi pelayanan pasar**
 7. **Retribusi pengujian kendaraan bermotor**

8. Retribusi pemeriksaan alat pemadam kebakaran
 9. Retribusi biaya cetak peta
 10. Retribusi pengujian kapal perikanan
 11. Retribusi penyediaan dan/atau penyedotan kakus
 12. Restribusi limbah cair
 13. Restribusi pelayanan tera atau tera ulang
 14. Restribusi pelayanan pendidikan
 15. Restribusi pengendalian menara telekomunikasi
- b) Retribusi jasa usaha adalah retribusi atas jasa yang disediakan oleh pemerintah daerah dengan menganut prinsip komersial yang meliputi pelayanan dengan menggunakan atau memanfaatkan kekayaan daerah yang belum dimanfaatkan secara optimal, dan/atau pelayanan oleh pemerintah daerah sepanjang belum disediakan secara memadai oleh pihak swasta. Jenis-jenis retribusi jasa usaha adalah :
1. Retribusi pemakaian kekayaan daerah
 2. Retribusi pasar grosir dan/atau pertokoan
 3. Retribusi tempat pelanggan
 4. Retribusi terminal
 5. Retribusi tempat parkir khusus
 6. Retribusi tempat penginapan/pesanggrahan/villa
 7. Retribusi penyedotan kakus

8. Retribusi rumah potong hewan
 9. Retribusi pelayanan pelabuhan kapal
 10. Retribusi tempat rekreasi dan olahraga
 11. Retribusi pengolahan limbah cair
 12. Retribusi penyeberangan di air
 13. Retribusi penjualan produksi usaha daerah
- c) Retribusi perijinan tertentu adalah pelayanan perijinan tertentu oleh pemerintah daerah kepada orang pribadi atau badan yang dimaksudkan untuk pengaturan dan pengawasan sumber daya alam, barang, prasarana, sarana, atau fasilitas tertentu guna melindungi kepentingan umum dan menjaga kelestarian lingkungan. Jenis-jenis retribusi perijinan tertentu adalah :
1. Retribusi ijin mendirikan bangunan
 2. Retribusi ijin tempat penjualan minuman beralkohol
 3. Retribusi ijin gangguan
 4. Retribusi ijin trayek
 5. Restribusi ijin usaha perikanan

3) **Bagian Laba Badan Usaha Milik Daerah**

Bagian laba BUMD adalah bagian keuntungan atau laba bersih dari perusahaan daerah atau badan lain yang merupakan BUMD. Sedangkan perusahaan daerah adalah perusahaan yang

modalnya sebagian atau seluruhnya merupakan kekayaan daerah yang dipisahkan.

4) **Lain-lain PAD yang sah**

Penerimaan selain yang disebutkan di atas tetap sah. Penerimaan ini mencakup penerimaan sewa rumah dinas daerah, sewa gedung dan tanah milik daerah, jasa giro, hasil penjualan barang-barang bekas milik daerah dan penerimaan lain-lain yang sah menurut UU.

b. Dana Perimbangan

Menurut Musgrave dan Musgrave (dalam Halim, 2004: 191-192) ada tiga fungsi utama pemerintah dalam pembangunan yaitu alokasi, distribusi, dan stabilisasi. Dengan lahirnya UU Otonomi Daerah merupakan perwujudan dari peranan pemerintah dalam hal fungsi distribusi yang diwujudkan dalam bentuk dana perimbangan, yang diberikan kepada daerah, dengan maksud untuk memenuhi keterbatasan keuangan daerah dalam menjalankan administrasi pemerintah dan pembangunan (Halim, 2004: 191-192). Perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah merupakan suatu sistem pembiayaan pemerintah dalam kerangka negara kesatuan, yang mencakup pembagian keuangan antara pemerintah pusat dan daerah serta pemerataan daerah secara adil dan proporsional, demokratis, dan transparan, dengan tetap memperhatikan potensi, kondisi dan kebutuhan daerah sejalan dengan kewajiban dan pembagian

kewenangan serta tata cara penyelenggaraan kewenangan tersebut termasuk pengelolaan dan pengawasan keuangannya.

Menurut UU No. 33 Tahun 2004 Pasal 1 ayat (19), (20), (21), dan (23), dana perimbangan adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk menandai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi.

- 1) Dana bagi hasil adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan angka presentase untuk menandai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dana bagi hasil terdiri dari bagi hasil pajak yang meliputi hasil PBB, BPHTB, PPh Pasal 25 dan Pasal 29 Wajib Pajak Orang Pribadi Dalam Negeri dan PPh Pasal 21.
- 2) Bagi hasil sumber daya alam, yang meliputi sektor kehutanan, pertambangan umum, perikanan, minyak bumi, gas alam, dan panas bumi.
- 3) DAU adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk membiayai pengeluarannya dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. DAU suatu daerah dialokasikan atas dasar celah fiskal dan alokasi dasar. Alokasi DAU bagi daerah yang potensi fiskalnya besar tetapi kebutuhan fiskalnya kecil akan memperoleh alokasi DAU relatif kecil. Sebaliknya, daerah yang potensi fiskalnya kecil, namun kebutuhan fiskalnya besar akan

memperoleh alokasi DAU relatif besar. Secara implisit, prinsip tersebut menegaskan fungsi DAU sebagai faktor pemerataan kapasitas fiskal (Penjelasan UU No. 33 Th. 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah: 324). DAU untuk daerah propinsi dan daerah kabupaten ditetapkan masing-masing 10% dan 90% dari DAU. DAU bagi masing-masing propinsi dan kabupaten dihitung berdasarkan perkalian dari jumlah DAU bagi seluruh daerah, dengan bobot daerah yang bersangkutan dibagi dengan jumlah masing-masing bobot seluruh daerah di seluruh Indonesia (Bratakusumah dan Solihin, 2001: 183)

- 4) DAK adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional. DAK dimaksudkan untuk membantu membiayai kegiatan-kegiatan khusus di daerah tertentu yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional, khususnya untuk membiayai kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan dasar masyarakat yang belum mencapai standar tertentu atau untuk mendorong percepatan pembangunan daerah (Penjelasan UU No. 33 Th. 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Pemerintah Daerah: 324). Sektor atau kegiatan yang tidak dapat dibiayai dari DAK adalah dana

administrasi, biaya penyiapan proyek fisik, biaya penelitian, biaya pelatihan, biaya perjalanan pegawai daerah dan lain-lain biaya umum sejenis (Bratakusumah dan Solihin, 2001: 188). Daerah penerima DAK wajib menyediakan dana pendamping sekurang-kurangnya 10% dari alokasi DAK (UU No. 32 Tahun 2004 tentang Otonomi Daerah).

c. Lain-lain Pendapatan yang Sah

Dalam UU No. 33 Tahun 2004 Pasal 164 ayat (1), lain-lain pendapatan daerah yang sah merupakan seluruh pendapatan daerah selain PAD dan dana perimbangan, yang meliputi hibah, dana darurat, dan lain-lain pendapatan yang ditetapkan pemerintah. Hibah merupakan bantuan berupa uang, barang dan/atau jasa yang berasal dari pemerintah pusat, masyarakat dan badan usaha dalam negeri atau luar negeri. Sementara itu, pendapatan dana darurat merupakan bantuan pemerintah pusat melalui APBN kepada pemerintah daerah untuk mendanai keperluan mendesak yang diakibatkan peristiwa tertentu, seperti bencana alam yang tidak dapat ditanggulangi oleh APBD. Keadaan yang dapat digolongkan sebagai peristiwa tertentu ditetapkan dengan peraturan presiden. Sementara itu, besarnya alokasi dana darurat ditetapkan oleh menteri keuangan dengan memperhatikan pertimbangan menteri dalam negeri dan menteri teknis terkait. Tata cara pengelolaan dan pertanggung jawab penggunaan dana darurat diatur dalam peraturan pemerintah.

6. Kemandirian Keuangan Daerah

Desentralisasi Fiskal bertujuan untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan perekonomian daerah, juga untuk menciptakan sistem pembiayaan yang adil, proporsional, rasional, transparan, partisipatif, dan bertanggung jawab, serta untuk mengurangi kesenjangan pembangunan antar daerah (Riyanto dan Siregar, 2005: 15). Kemandirian keuangan daerah menunjukkan kemampuan pemerintah daerah dalam membiayai sendiri kegiatan pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan kepada masyarakat yang telah membayar pajak dan retribusi sebagai sumber pendapatan yang diperlukan daerah (Halim, 2002: 128). Kemandirian Keuangan Daerah ini juga menggambarkan tingkat partisipasi masyarakat dalam pembangunan daerah. Semakin tinggi tingkat kemandirian keuangan suatu daerah berarti semakin tinggi partisipasi masyarakat dalam membayar pajak dan retribusi daerah yang merupakan komponen dari PAD. Hersey dan Blanchard dalam Halim (2001:168) mengemukakan mengenai hubungan antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan otonomi daerah, terutama pelaksanaan undang-undang tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah, yaitu: (1) Pola hubungan instruktif, yaitu peranan pemerintah pusat lebih dominan daripada kemandirian pemerintah daerah (daerah tidak mampu melaksanakan otonomi daerah secara finansial); (2) Pola hubungan konsultatif, yaitu campur tangan pemerintah pusat sudah mulai berkurang dan lebih banyak pada pemberian konsultasi karena daerah

dianggap sedikit lebih mampu melaksanakan otonomi daerah; (3) Pola hubungan partisipatif, yaitu pola dimana peranan pemerintah pusat semakin berkurang mengingat tingkat kemandirian daerah otonom bersangkutan mendekati mampu melaksanakan urusan otonomi. Peran pemberian konsultasi beralih ke peran partisipasi pemerintah pusat; (4) Pola hubungan delegatif, yaitu campur tangan pemerintah pusat sudah tidak ada lagi karena daerah telah benar-benar mampu dan mandiri dalam melaksanakan urusan otonomi daerah. Pemerintah pusat siap dan dengan keyakinan penuh mendelegasikan otonomi keuangan kepada pemerintah daerah.

Tabel 4
Pola Hubungan Tingkat Kemandirian
dan Kemampuan Keuangan Daerah

Kemampuan Keuangan	Rasio Kemandirian (%)	Pola Hubungan
Rendah Sekali	0 – 25	Instruktif
Rendah	>25-50	Konsulatif
Sedang	>50-75	Partisipatif
Tinggi	>75-100	Delegatif

Sumber : Dwirandra, (2007: 7) dalam Rudi Aryanto, Analisis Kemandirian Daerah

Dengan menggunakan tabel 4 maka tingkat Kemampuan Keuangan Daerah di Propinsi Sumatera Barat akan dapat diukur dengan melakukan penghitungan rasio kemandirian setiap daerah Kabupaten/Kota di Sumatera Barat.

7. Belanja Pelayanan Publik

Pengertian belanja pelayanan publik menurut Mardiasmo (2002) adalah belanja administrasi umum, belanja operasi dan pemeliharaan, serta belanja modal/ pembangunan yang dialokasikan pada atau digunakan

untuk membiayai kegiatan yang hasil (*outcome*), manfaat (*benefit*), dan dampaknya (*impact*) secara langsung dinikmati oleh masyarakat (publik).

Seperti yang dikemukakan oleh Nirzwan (Abdul Halim, 2001) bahwa belanja pelayanan publik adalah belanja yang manfaatnya dapat dinikmati secara langsung oleh masyarakat. Belanja pelayanan publik merupakan belanja modal yang berupa investasi fisik (pembangunan infrastruktur) yang mempunyai nilai ekonomis yang lebih dari satu tahun dan mengakibatkan terjadinya penambahan asset daerah.

Sedangkan menurut Abdul Halim (2002) yang mengemukakan bahwa belanja pelayanan publik yaitu belanja yang manfaatnya bisa dinikmati secara langsung oleh masyarakat umum. Contohnya, pembangunan jembatan, pembangunan jalan raya, pembelian alat transportasi masa, pembelian alat ambulans.

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa belanja pelayanan publik adalah segala pengeluaran pemerintah daerah yang manfaatnya melebihi satu tahun anggaran dan akan menambah asset kekayaan daerah dan secara langsung dapat langsung dinikmati oleh masyarakat.

Bentuk dari belanja pelayanan publik ini dapat berupa proyek-proyek fisik seperti pembangunan jalan, jembatan, gedung-gedung. Dan dapat pula berbentuk proyek-proyek non-fisik seperti peningkatan kesehatan, penataran, pembinaan mental dan spiritual masyarakat.

Dari beberapa pendapat para ahli tersebut maka dapat disimpulkan beberapa karakteristik belanja pelayanan publik yaitu semua pengeluaran pemerintah daerah yang manfaatnya melebihi satu tahun anggaran, berada dalam tahun anggaran tertentu, dapat menambah kekayaan asset daerah dan dampaknya dirasakan secara langsung oleh masyarakat.

8. Desentralisasi Fiskal Terhadap Pengeluaran Publik

Wujud desentralisasi fiskal juga menyangkut desentralisasi otoritas pengambilan keputusan mengenai pengeluaran dalam rangka pelayanan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (*expenditure assignment*). World Bank (1988) mengungkapkan bahwa otoritas itu diperlukan agar pemerintah daerah mampu melakukan manajemen pengeluaran publik secara tepat.

Desentralisasi fiskal dapat dipertimbangkan sebagai salah satu alternative untuk memperbaiki *performance* sektor publik. Desentralisasi fiskal dapat meningkatkan alokasi sumber daya yang efisien karena pemerintah kabupaten/kota lebih mengetahui informasi kondisi daerahnya sehingga dapat mengalokasikan sumber daya sesuai dengan kondisi geografis masing-masing daerah mengenai preferensi dan kebutuhan daerahnya sendiri serta adanya tekanan kompetisi inter judiriksi yang memotivasi pemerintah kabupaten/kota menjadi inovatif dan akuntabel. Desentralisasi dapat meningkatkan pelayanan publik dengan asumsi antar pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten/kota tersebut (Kwon : 2003)

9. Indikator Kesehatan

Untuk menciptakan masyarakat yang sehat pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan telah merumuskan berbagai indikator untuk mencapai Indonesia sehat. Selain melalui Kementerian Kesehatan pemerintah Indonesia juga telah ikut serta dalam MDGs, dimana MDGs merupakan komitmen Internasional untuk memberantas kelaparan dan meningkatkan taraf hidup masyarakat setempat. Tujuan ke-dua dari MDGs adalah menurunkan angka kematian bayi. Hal ini penting karena bayi lebih rentan terhadap penyakit dan juga kondisi lingkungan yang kurang sehat. Sehingga diperlukan peran pemerintah untuk menciptakan angka kematian bayi yang rendah. Sehingga diperlukan peran pemerintah untuk menciptakan angka kematian bayi yang rendah. Indikator kesehatan berdasarkan visi Indonesia Sehat 2010 yang telah dirumuskan oleh Dinas Kesehatan RI terdiri dari:

1. Indikator Masukan
 - a. Pelayanan Kesehatan
 - a. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
 - b. Persentase desa yang mencapai “Universal Child Immunization”
 - c. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif
 - b. Sumberdaya Kesehatan
 - a. Rasio dokter Per-100.000 penduduk
 - b. Rasio bidan per-100.000 penduduk

- c. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
 - d. Alokasi Anggaran pemerintah perkapita per-tahun (ribuan rupiah)
- c. Manajemen Kesehatan
- a. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
 - b. Persentase kabupaten/kota yang memiliki dokumen sistem kesehatan.
- d. Kontribusi Sektor-sektor Terkait
- a. Persentase penduduk melek huruf
 - b. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih
2. Indikator hasil antara (*Intermediate Output*). Indikator ini terdiri dari indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu:
- A. Keadaan Lingkungan
- a. Persentase rumah sakit
 - b. Persentase tempat-tempat umum sehat
- B. Perilaku Hidup Masyarakat
- a. Persentase posyandu purnama dan mandiri
 - b. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat
- C. Indikator-indikator Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan
- a. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas
 - b. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit

3. Indikator Hasil Akhir (Derajat Kesehatan)

- a. Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup
- b. Angka tenaga medis per jumlah penduduk perkabupaten kota.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 4 Tinjauan Penelitian Terdahulu

Nama	Judul	Metode penelitian	Pengukuran Penelitian	Hasil Penelitian
1. Yenida dan Zaitul Ikhlas (2009)	Analisis Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap Belanja Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat	Analisis dilakukan dengan metode regresi linear berganda dengan pengujian asumsi klasik dengan menggunakan data panel pada 19 kabupaten/kota di Sumatera Barat	Rasio jumlah kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk, rasio jumlah tenaga medis terhadap jumlah penduduk, dan kebijakan desentralisasi fiskal (variabel dummy)	Derajat desentralisasi fiskal, rasio jumlah kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk, dan kebijakan desentralisasi fiskal (variabel dummy) secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap belanja pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian tersebut, terlihat bahwa banyak faktor yang dapat mempengaruhi tingkat belanja pelayanan kesehatan. Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dengan membandingkan penelitian terdahulu dan menggunakan sejumlah pertimbangan ketersediaan data. Penelitian ini menggunakan desentralisasi fiskal, rasio kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk, rasio jumlah tenaga medis terhadap jumlah

penduduk dan variabel dummy dalam variabel bebas. Dan akan dikaitkan dengan belanja pelayanan kesehatan. Daerah yang dijadikan sebagai objek dalam penelitian ini berbeda dan ada juga yang sama dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Dalam penelitian penulis mengambil kabupaten/kota di Propinsi Sumatera Barat sebagai daerah penelitian periode 2001-2005 dan 2006-2012.

C. Kerangka Konseptual

Desentralisasi fiskal berpengaruh positif terhadap belanja kesehatan di Propinsi Sumatera Barat. Desentralisasi fiskal dipengaruhi oleh tingkat rasio Pendapatan Asli Daerah (PAD) terhadap total penerimaan daerah. Semakin tinggi rasio PAD maka tingkat belanja kesehatan semakin baik.

Rasio kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk berpengaruh positif terhadap tingkat pelayanan kesehatan di Propinsi Sumatera Barat. Semakin tinggi Rasio Kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk maka semakin tinggi belanja pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri.

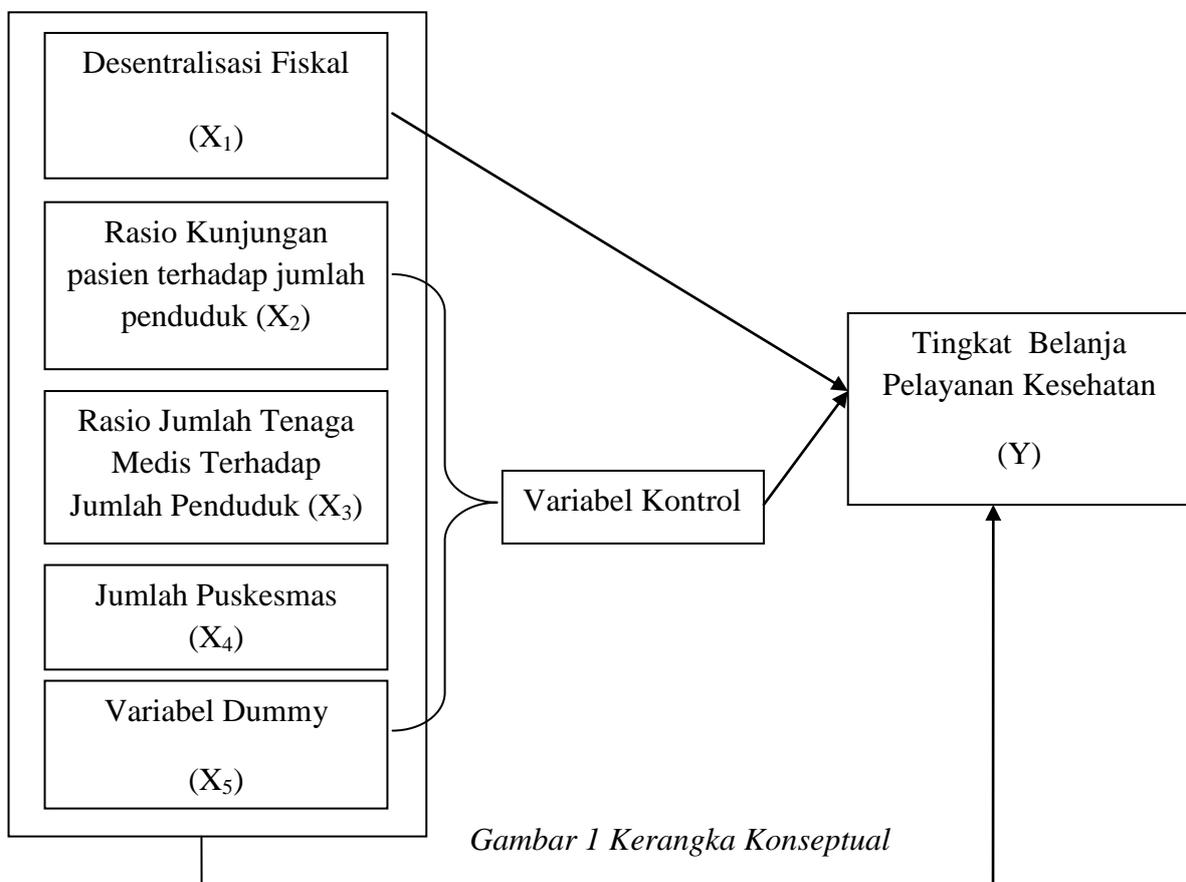
Jumlah tenaga medis berpengaruh positif terhadap tingkat belanja pelayanan kesehatan masyarakat. Semakin banyak jumlah tenaga medis di setiap puskesmas ataupun rumah sakit maka semakin tinggi tingkat belanja pelayanan kesehatan masyarakat.

Jumlah puskesmas berpengaruh positif terhadap tingkat belanja pelayanan kesehatan masyarakat. Semakin banyak jumlah puskesmas di

setiap daerah kabupaten/kota maka semakin tinggi tingkat belanja pelayanan kesehatan masyarakat.

Variabel Dummy berpengaruh positif terhadap tingkat belanja kesehatan masyarakat.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat kerangka konseptual berikut di bawah.



D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual, maka hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Desentralisasi Fiskal berpengaruh signifikan terhadap Tingkat Belanja Pelayanan Kesehatan masyarakat di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_a : \beta_1 \neq 0$$

2. Rasio kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk berpengaruh signifikan terhadap Tingkat Belanja Pelayanan Kesehatan masyarakat di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_2 = 0$$

$$H_a : \beta_2 \neq 0$$

3. Rasio jumlah tenaga medis terhadap jumlah penduduk berpengaruh signifikan terhadap Tingkat Belanja Pelayanan Kesehatan masyarakat di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_3 = 0$$

$$H_a : \beta_3 \neq 0$$

4. Jumlah puskesmas berpengaruh signifikan terhadap tingkat belanja pelayanan kesehatan di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_4 = 0$$

$$H_a : \beta_4 \neq 0$$

5. Variabel Dummy berpengaruh signifikan terhadap Tingkat Belanja Pelayanan Kesehatan masyarakat di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_5 = 0$$

$$H_a : \beta_5 \neq 0$$

6. Desentralisasi Fiskal, Rasio kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk Rasio jumlah tenaga medis terhadap jumlah penduduk, jumlah puskesmas, dan Variabel Dummy secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap Tingkat Belanja Pelayanan Kesehatan masyarakat di Sumatera Barat.

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = 0$$

$$H_a : \text{Salah satu } \beta \neq 0$$

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka kesimpulan yang dapat diperoleh dari hasil penelitian ini adalah bahwa secara bersama-sama rasio desentralisasi fiskal, rasio kunjungan pasien terhadap jumlah penduduk, rasio tenaga kerja medis terhadap jumlah penduduk, jumlah puskesmas dan variabel dummy (kebijakan Desentralisasi fiskal) secara bersama-sama signifikan mempengaruhi belanja pelayanan kesehatan di Propinsi Sumatera Barat. Dilihat dari masing-masing variabel, variabel kunjungan pasien, tenaga kerja medis, dan puskesmas memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap belanja kesehatan.

B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, beberapa saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah

1. Sebaiknya pemerintah daerah lebih memperhatikan alokasi anggaran di bidang kesehatan mengingat bahwa kesehatan merupakan bidang penting yang harus ditingkatkan untuk pencapaian kesejahteraan masyarakat selain daripada pendidikan dan bidang lainnya.

2. Kesehatan merupakan salah satu indikator dari Indeks Pembangunan Manusia(IPM) yang dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang dapat mendorong pertumbuhan ekonomi daerah.
3. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan menggunakan variabel kunjungan pasien dengan data yang lebih akurat agar penelitian selanjutnya mendapatkan hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhirmen. 2005. *Statistik 1 dan 2*. Padang: Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang.
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2001 *Sumatera Barat Dalam Angka 2001-2012*. BPS Provinsi Sumatera Barat.
- , *Statistik Keuangan Pemerintah Daerah Provinsi dan Kab/kota Sumatera Barat 2001-2005*. Padang : BPS (Badan Pusat statistika)
- , *Statistik Keuangan Pemerintah Daerah Provinsi dan Kab/kota Sumatera Barat 2006-2012*. Padang : BPS (Badan Pusat statistika)
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan *APBD Klasifikasi Fungsi*. Diunduh dari <http://www.djpk.depkeu.go.id> pada tanggal 18 April 2013.
- Gujarati, Damondar. 2006. *Dasar-dasar Ekonometrika*. Jakarta: Erlangga
- Halim, Abdul dan Ibnu Mujid. 2009. *Problem Desentralisasi dan Perimbangan Keuangan Pemerintahan Pusat-Daerah, Peluang dan Tantangan dalam Pengelolaan Sumber Daya Daerah*. Sekolah Pasca Sarjana UGM. Yogyakarta.
- Halim, Abdul. 2004. "*Bunga Rampai Manajemen Keuangan Daerah*". UPP AMP YKPN. Yogyakarta
- Hasan, Iqbal. 2010. *Pokok-pokok Materi Statistik 2 (Statistik Infrensif)*. Jakarta: PT.Bumi Aksara
- Hendrartini, Julita dan Ali Gufron Mukti. 2008. *Perubahan Dalam Pembiayaan: Desentralisasi, Pola Tarif dan Jaminan Kesehatan Sosial*.
- Kuncoro, Mudrajad. 2004. *Otonomi dan Pembangunan Daerah*. Jakarta: Erlangga.
- Mardiasmo. 2002. *Akuntansi Sektor Publik*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Mardiasmo. 2002. *Otonomi Daerah Sebagai Upaya Memperkokoh Basis Perekonomian Daerah*.
- Riyanto dan Siregar, Hermanto. 2005. "Dampak Dana Perimbangan terhadap Perekonomian Daerah dan Pemerataan Antar Wilayah", *Jurnal Kebijakan Ekonomi*. Vol. 1, No. 1. Yogyakarta