

**ANALISIS STUDI KOMPARATIF APBN :
PERKEMBANGAN BELANJA NEGARA
SEKTOR KESEHATAN KEPEMIMPINAN SBY DAN JOKOWI**

SKRIPSI

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana Ekonomi (SE)
Program Studi Ekonomi Pembangunan*



Oleh

Nama : Romi

NPM : 1005180031

Program Studi : Ekonomi Pembangunan

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2017**



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238



PENGESAHAN UJIAN SKRIPSI

Panitia Ujian Strata-1 Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, dalam sidangnya yang diselenggarakan pada hari Kamis, tanggal 12 Oktober 2017, pukul 14.00 WIB sampai dengan selesai, setelah mendengar, melihat, memperhatikan, dan seterusnya.

MEMUTUSKAN

Nama : ROMI
NPM : 1005180031
Program Studi : IESP
Judul Skripsi : ANALISIS STUDI KOMPARATIF APBN: PERKEMBANGAN
BELANJA NEGARA SEKTOR KESEHATAN
KEPEMIMPINAN SBY DAN JOKOWI

Dinyatakan : (B) *Lulus Yudisium dan telah memenuhi persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*

Tim Penguji

Penguji I

(Dra. Hj. LAILAN SYAFINA, M.Si)

Penguji II

(Dra. Hj. ROSWITA HAFNI, M.Si)

Pembimbing

(Dr. PRAWIDYA HARLANI RS, SE, M.Si)

Panitia Ujian

Ketua

(ZULASPAN TUPTI, SE, M.Si)

Sekretaris



(H. JANURI, S.E., M.M., M.Si)



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini disusun oleh :

Nama : ROMI
N.P.M : 1005180031
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Judul Skripsi : ANALISIS STUDI KOMPARATIF APBN:
PERKEMBANGAN BELANJA NEGARA SEKTOR
KESEHATAN KEPEMIMPINAN SBY DAN JOKOWI

Disetujui dan memenuhi persyaratan untuk diajukan dalam ujian
mempertahankan skripsi.

Medan, Oktober 2017

Pembimbing Skripsi

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si

Diketahui/Disetujui
Oleh:

Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si

Dekan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis UMSU



ZILKASIPAN TUPTI, SE, M.Si



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
Jl. Kapten Mukhtar Basri No. 3 (061) 6624567 Medan 20238

BERITA ACARA BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Lengkap : ROMI
N.P.M : 1005180031
Program Studi : EKONOMI PEMBANGUNAN
Alamat Rumah : Jl. Bromo Ujung Gg. Bersama No. 6
Judul Skripsi : ANALISIS STUDI KOMPARATIF APBN: PERKEMBANGAN
BELANJA NEGARA SEKTOR KESEHATAN KEPEMIMPINAN
SUSILO BAMBANG YUDHOYONO DAN JOKOWI

Tanggal	Deskripsi Bimbingan Skripsi	Paraf	Keterangan
15/6-17	Revisi Bab 2 - III sesuai dgn Tupai Pambin dan turahala Dit. APBN		
27/6-17	Data APBD yg turahala yg sh tersebut hrs di lengkap dan Bab IV hrs lha turahala		
7/7-17	Bab IV tambahkan analisis y/ turahala. Kesehatan dan on Belanja di APBD		
21/7-17	Perbaiki lagi analisis ekonomi pd Bab IV hrs ada grafik dan turahala. Ganti turahala pada terahala.		
10/8-17	Acc in turahala lha, turahala yg dgn turahala turahala		
24/8-17	Acc Bab I s.d V sll turahala Sya di dide turahala turahala		

Medan, September 2017
Diketahui /Disetujui
Ketua Program Studi
Ekonomi Pembangunan

Pembimbing Skripsi

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si

Dr. PRAWIDYA HARIANI RS, SE, M.Si

SURAT PERNYATAAN PENELITIAN/SKRIPSI

Nama : Rohm
NPM : 1005180031
Konsentrasi : -
Fakultas : Ekonomi (Akuntansi/Perpajakan/Manajemen/IESP/
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Menyatakan Bahwa ,

1. Saya bersedia melakukan penelitian untuk penyusunan skripsi atas usaha saya sendiri , baik dalam hal penyusunan proposal penelitian, pengumpulan data penelitian, dan penyusunan laporan akhir penelitian/skripsi
2. Saya bersedia dikenakan sanksi untuk melakukan penelitian ulang apabila terbukti penelitian saya mengandung hal-hal sebagai berikut
 - Menjiplak /plagiat hasil karya penelitian orang lain
 - Merekayasa data angket, wawancara, obeservasi, atau dokumentasi.
3. Saya bersedia dituntut di depan pengadilan apabila saya terbukti mamalsukan stempel, kop surat, atau identintas perusahaan lainnya.
4. Saya bersedia mengikuti sidang meja hijau secepat-cepatnya 3 bulan setelah tanggal dikeluarkannya surat "Penetapan Proyek Proposal / Makalah/Skripsi dan Penghunjukan Dosen Pembimbing " dari Fakultas Ekonomi UMSU.

Demikianlah Pernyataan ini saat perbuat dengan kesadaran sendiri

Medan, 03 Juni 2017.
Pembuat Pernyataan



NB :

- Surat Pernyataan asli diserahkan kepada Program Studi Pada saat Pengajuan Judul.
- Foto Copy Surat pernyataan dilampirkan di proposal dan skripsi.

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR GAMBAR	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Perumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	13
1.4 Manfaat Penelitian	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Uraian Teoritis	15
2.1.1 Teori Pendapatan Nasional	15
2.1.2 Teori Pengeluaran Pemerintah	20
2.2 Regulasi	25
2.2.2 Tahap Perencanaan APBN	27
2.2.3 Tujuan dan Fungsi APBN	30
2.2.4 Proses Penyusunan Anggaran	33
2.2.5 Belanja Negara	34
2.2.6 Belanja Negara Sektor Kesehatan.....	38
2.2.7 Sektor Kesehatan Era Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (2012 – 2014).....	41
2.2.8 Sektor Kesehatan Era Presiden Jokowi (2015-2016).....	42
2.3 Penelitian Terdahulu	44
2.4 Kerangka Berpikir.....	49
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	51
3.1 Jenis Penelitian	51
3.2 Ruang Lingkup	52
3.3 Defenisi Operasional	52
3.4 Teknik Pengumpulan Data	53
3.5 Metode Analisis Data	54
BAB IV ANALISIS DAN PEMBAHASAN	55

4.1 APBN Sektor Kesehatan	55
4.1.1 Belanja Pemerintah Pusat	55
4.1.2 Transfer Ke Daerah	66
4.2 Pembahasan	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	80
5.1 Kesimpulan	80
5.2 Saran	81
DAFTAR PUSTAKA	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar I.1	Grafik APBN Sektor Kesehatan	4
Gambar II.1	Peningkatan Belanja Negara Sektor Kesehatan dan Belanja Negara	40
Gambar II.2	Kerangka Berpikir	50

DAFTAR TABEL

I.1	Tabel IPM Indonesia 2012 -2017	11
IV.1	Anggaran Kementerian Kesehatan	57
IV.2	Anggaran Badan POM	61
IV.3	Anggaran BKKBN	63
IV.4	Anggaran K/L Lainnya.....	64
IV.5	Anggaran Askes PNS dan Tunjangan Kesehatan Veteran.....	65
IV.6	Anggaran DAK Kesehatan.....	69
IV.7	Anggaran DAK Air Minum dan Sanitasi.....	71
IV.8	Anggaran DAK Keluarga Berencana.....	72
IV.9	Anggaran DAK Otonomi Khusus.....	74
IV.10	Total Anggaran Belanja Kesehatan.....	75

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) merupakan pengelolaan keuangan negara yang ditetapkan setiap tahun dengan UU dan dilaksanakan secara terbuka dan bertanggung jawab untuk kemakmuran rakyat. Rancangan UUAPBN diajukan oleh presiden untuk dibahas bersama DPR dengan pertimbangan DPD. Apabila DPR tidak menyetujui rancangan APBN yang diusulkan oleh presiden, maka pemerintah menjalankan rancangan APBN tahun sebelumnya.

Agar peranan pemerintah tersebut dapat terwujud, pemerintah harus menyelenggarakan beberapa fungsi yaitu berupa fungsi alokasi, fungsi distribusi dan fungsi stabilisasi. Fungsi alokasi berkaitan dengan tugas pemerintah untuk mengalokasikan sumber daya yang ada dalam suatu negara agar ketersediaan barang kebutuhan masyarakat dapat terpenuhi.

Fungsi distribusi merupakan tugas pemerintah mengadakan penataan dan penyesuaian terhadap distribusi pendapatan dan kekayaan masyarakat pada suatu keadaan yang adil dan merata. Fungsi stabilisasi merupakan tugas pemerintah untuk menjaga kondisi perekonomian yang stabil. Misalnya tingkat harga yang relatif stabil, ketersediaan barang kebutuhan dan kesempatan kerja yang berimbang sesuai dengan kebutuhan

Pendapatan atau penerimaan suatu negara itu diperoleh dengan hak negara untuk memungut pajak, mengeluarkan dan mengedarkan uang, dan melakukan pinjaman, kewajiban negara untuk menyelenggarakan tugas layanan umum pemerintahan negara dan membayai rtagihan pihak ketiga, penerimaan negara, pengeluaran negara, penerimaan daerah, pengeluaran daerah, kekayaan negara/kekayaan daerah yang dikelola sendiri atau oleh pihak lain berupa uang, surat berharga, piutang, barang, sertahak-hak lain yang dapat dinilai dengan uang, termasuk kekayaan yang dipisahkan pada perusahaan negara/perusahaan negara, kekayaan pihak lain yang dikuasai oleh pemerintah dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan dan atau kepentingan umum, dan Kekayaan pihak lain yang diperoleh dengan menggunakan fasilitas yang diberikan pemerintah (MarsudiGorahe,2013)

Untuk mencapai tujuan nasional dalam rangka pelaksanaan pembangunan, pemerintah harus melaksanakan kegiatan-kegiatan. Kegiatan pemerintah yang beragam dan kompleks itu harus dilakukan berdasarkan suatu rencana kerja yang lengkap disertai dengan rencana keuangan. Yang dimaksud dengan rencana keuangan adalah rencana kerja yang telah diperhitungkan dengan uang.

Suparmoko (2002) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan anggaran ialah suatu alat perencanaan tentang penerimaan dan pengeluaran dimasa yang akan datang, umumnya disusun dalam jangka waktu satu tahun. Sedangkan menurut Departemen Keuangan (2004), Pasal 1 ayat (7) UU Nomor 17 Tahun 2003, APBN adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara yang

disetujui oleh DPR. APBN merupakan instrumen untuk membiayai kegiatan pemerintahan dan pembangunan, mencapai pertumbuhan ekonomi, meningkatkan pendapatan nasional, mencapai stabilitas perekonomian, dan menentukan arah serta prioritas pembangunan secara umum.

Ada berbagai macam sektor-sektor yang menjadi bagian dari APBN, Pemerintah menetapkan lima sektor prioritas pembangunan dalam Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) 2017. Kelima sektor tersebut ialah sektor infrastruktur, pangan dan energi, pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial. Dari kelima sektor tersebut sektor kesehatan merupakan sektor yang dana APBN nya sejak 5 tahun lalu tidak pernah menurun. Bahkan sempat naik signifikan ditahun 2016. Berikut anggaran terhadap belanja negara untuk sektor kesehatan dari tahun 2012 sampai 2017.

Dengan adanya alokasi anggaran yang sudah tertata dalam APBN dan merupakan urusan wajib di daerah, maka pemerintah daerah sebagai pelaksana perlu untuk menjalankan fungsi control yang baik dan mengidentifikasi apa saja kebutuhan yang penting dan signifikan di daerah, untuk dapat melakukan pengalokasian anggaran yang tepat sasaran, sehingga dapat menunjang perkembangan pada indeks pembangunan manusia, serta efek dari pembangunan manusia yang baik dan alokasi anggaran yang cukup besar terhadap pertumbuhan ekonomi di daerah.



Gambar 1.1 Grafik APBN Sektor Kesehatan

Dijelaskan pada gambar diatas pada era kepemimpinan SBY dari tahun 2012 – 2013 Anggaran Kesehatan naik sebesar 0,1 % dari 2,7 triliun menjadi 2,8 % dan terus mengalami peningkatan yang signifikan di tahun selanjutnya pada tahun 2014 sebesar 0,5 % dari 2,8 % menjadi 3,3%.

Di penghujung tahun, tepat pada 31 Desember 2013 di Istana Bogor, Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) meresmikan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS kesehatan merupakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Maka, per 1 Januari 2014 JKN mulai secara bertahap melayani kesehatan bagi 121 jutaan penduduk.

Presiden SBY pernah mengatakan, konsep dasar dan tujuan diberlakukannya sistem dan kebijakan tentang BPJS Kesehatan tak lain untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia. Selain instrumen peraturan, pemerintah bersama DPR juga telah menyepakati alokasi anggaran untuk BPJS

Kesehatan tahap pertama yakni Rp 19,93 triliun. Dana tersebut akan disalurkan dan diprioritaskan kepada 86,4 juta masyarakat Indonesia yang sangat miskin, miskin, dan rentan.

Pada tataran historis dan legalistik, implementasi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan merupakan perintah UUD NRI Tahun 1945. UUD Tahun 1945 dan perubahannya Tahun 2002 dalam Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), ayat (2) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) mengamanatkan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN merupakan tonggak sejarah dimulainya reformasi menyeluruh sistem jaminan sosial di Indonesia. Reformasi program jaminan sosial yang berlaku saat ini penting karena peraturan pelaksanaan yang berlaku masih bersifat parsial dan tumpang tindih, manfaat program belum optimal dan jangkauan program terbatas, serta hanya menyentuh sebagian kecil masyarakat.

Khusus BPJS Kesehatan, pemerintah telah menyiapkan 12 Peraturan Pemerintah (PP) dan lima Peraturan Presiden (Perpres) untuk mendukung terlaksananya tahap awal Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Aturan itu dikeluarkan sebagai instrument pendukung implementasi UU 40/2004 tentang SJSN dan UU 24/2011 tentang BPJS.

Butir penting BPJS kesehatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan bagi 64, 4 juta penduduk miskin. Jumlah penduduk miskin dimaksud akan memperoleh layanan kesehatan gratis katagori kelas III pada rumah sakit dan puskesmas. Pertanyaan, bagaimana penduduk miskin lain yang belum masuk BPJS kesehatan? Perlu diketahui data 64, 4 juta penduduk miskin berasal dari Kementerian Sosial.

Data Kemensos adalah data yang diinput/bersumber, sudah divalidasi Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), lembaga yang berada dalam tanggung jawab Wakil Presiden.

Keraguan jelas masih ada. Jika menengok penerima Bantuan Langsung Sementara Masyarakat (Balsem) tahun 2013 yang juga mengalami berbagai protes keras warga akibat hasil pendataan yang dinilai warga lokal tidak adil. Pengalaman ketika proses pembagian Balsem 2013 lalu, bahkan PNS, pensiunan PNS/TNI/Polri yang tidak miskin, pengusaha kecil, ataupun penduduk yang memiliki mobil justru sah/didata dan berhak menerima Kartu Perlindungan Sosial (KPS), sehingga otomatis mereka menerima balsem. Ironisnya, tunanetra miskin, gelandangan dan pengemis yang terlunta-lunta di perkotaan justru tidak memperoleh KPS, sehingga tidak mungkin sama sekali sebagai penerima 'balsem'.

Penduduk miskin bukan penerima 'Balsem' 2013 sebagai contoh, adalah penduduk miskin dipastikan pula tidak masuk dalam BPJS Kesehatan 2013. Mengapa, karena secara by name, by address, mereka belum terakses data base Kementerian Sosial yang bersumber dari TNP2K dan PPLS 2011. Bukan tidak mungkin mereka katagori penduduk inilah yang kondisi kesehatan teramat rentan. Maka, kalangan ini membutuhkan intervensi layanan kesehatan melalui instrumen Puskesmas serta rumah sakit. Ideal sekali penduduk miskin katagori tersebut secepatnya masuk BPJS Kesehatan dan memperoleh layanan gratis.

Peluang pemerintah untuk memberikan layanan terbuka lebar dengan memberikan kesempatan untuk mendaftar pada Puskesmas, kantor Kelurahan

yang dekat dengan pemukiman mereka. Sosialisasi yang efektif kepada masyarakat luas tentang layanan BPJS Kesehatan, terutama akses pendaftaran bagi warga miskin yang belum terdaftar harus digalakkan.

Pekerjaan rumah BPJS Kesehatan luar biasa besar dan berat dalam mengupayakan seluruh penduduk miskin didaftar masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Masih jutaan jumlah penduduk miskin di berbagai daerah dan pelosok negeri tercinta ini yang selama 69 tahun belum menikmati layanan gratis di bidang kesehatan. Harus ada jaminan penduduk miskin yang masuk BPJS kesehatan tidak perlu khawatir untuk memeriksa dan memperoleh layanan kesehatan gratis, mereka tidak perlu membayar iuran dari kantong pribadi, karena iuran mereka dibayarkan pemerintah alias mereka adalah penerima bantuan iuran (PBI).

Jumlah 64,4 juta penduduk miskin by name, by address jelas, sudah di tangan BPJS kesehatan. Mereka dipastikan memperoleh layanan kesehatan gratis pada berbagai rumah sakit pemerintah dan swasta pada katagori layanan kelas tiga pada rumah sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu se Indonesia sebagai penyelenggara BPJS Kesehatan.

Dari sekitar 2.300 rumah sakit, hanya 1.700 rumah sakit yang tersebar di Indonesia sudah melakukan MoU, siap menjalankan program BPJS Kesehatan. Terhitung sejak 1 Januari 2014, rumah sakit yang bekerja sama mulai melakukan pendaftaran. Tugas pemerintah, mengajak 600 rumah sakit yang belum bekerja sama berpartisipasi sebagai rumah sakit pelaksana/siap melayani BPJS Kesehatan.

Pemerintah harus memberikan fasilitas Penerima Bantuan Iuran (PBI) untuk penduduk miskin di luar 64, 4 juta sebagai PBI yang duluan masuk JKN. JKN harus menjangkau seluruh penduduk miskin.

Pada masa Pemerintahan Jokowi anggaran kesehatan dari tahun 2014 – 2015 mengalami kenaikan sebesar 0,5 % dari 3,3 % – 3,8 % dan pada tahun 2015 – 2016 juga mengalami kenaikan sebesar 1,2 % dari 3,8 % – 5,0 % dan sampai pada tahun 2016, Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa pemerintah seolah terus mengupayakan perbaikan disektor kesehatan. Pertama kalinya dalam sejarah anggaran bidang kesehatan sesuai dengan amanat undang-undang yaitu 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2016 yaitu sebesar Rp106,1triliun. Naik signifikan sebesar 43% dibandingkan tahun ini (2015) yang hanya Rp74,3triliun” (Dana Aditiasari, 2015).

Pemerintah Joko Widodo – Jusuf Kalla (Jokowi – JK) siap mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 5 persen pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) tahun depan. Itu artinya anggaran disektor kesehatan akan tembus sekitar lebih dari Rp 100 triliun. Saat ini, anggaran kesehatan dipatok sebesar Rp 24,2 triliun atau meningkat Rp 3 triliun dari alokasi APBN 2015 sebesar Rp 21,1 triliun. Dengan pengalokasian 5 persen dari APBN tahun depan, diperkirakan menjadi Rp 121 triliun pada 2016” (Fiki Ariyanti, 2015).

Kesehatan merupakan suatu kebutuhan masyarakat yang sangat penting. Karena masyarakat yang menunjang pertumbuhan ekonomi suatu Negara. Tanpa masyarakat yang sehat mustahil bagi suatu Negara untuk meningkatkan produktifitas kerja dan menunjang pertumbuhan ekonomi (Janji Mustawa, 2015).

Sebagai kebutuhan dasar masyarakat, pelayanan kesehatan warga Negara wajib dipenuhi oleh pemerintah dengan sebaik baiknya sesuai dengan amanat UUD 1945 yang diatur pada pasal 28 Hayat 1. Pentingnya pelayanan Kesehatan bagi masyarakat juga dibahas dalam pertemuan dengan negara anggota PBB pada tahun 1990, merumuskan suatu konsep yang bertujuan sebagai indikator keberhasilan Negara guna pemenuhan dasar hak – hak rakyatnya. Konsep ini sering kita sebut dengan MDGs (*Millennium Development Goals*) yang berisi delapan tujuan yang harus dipenuhi pemerintah terhadap rakyatnya.

Kesehatan juga sangat berpengaruh pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM) , Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI) dibuat dan dipopulerkan oleh United Nation Development Programme (UNDP) sejak tahun 1996 dalam seri laporan tahunan yang diberi judul “*Human Development Report*” Indeks ini disusun sebagai salah satu dari indikator alternatif untuk menilai keberhasilan pembangunan yang dilaksanakan oleh suatu negara selain pendapatan nasional perkapita. UNDP mendefinisikan IPM sebagai “*process of enlarging people’s choice*” atau suatu proses yang meningkatkan aspek kehidupan masyarakat. Rendahnya kualitas sumber daya manusia masih menjadi masalah utama di Indonesia. Kualitas sumber daya manusia di Indonesia yang masih rendah sebagaimana ditunjukkan oleh Indeks Pembangunan Manusia yang menempati urutan ke 121 dari 187 Negara dan berada di posisi ke 6 dari 10 negara ASEAN (Achmad Sjafii,2009).

Salah satu peran pemerintah dalam mendorong kesejahteraan dan kemakmuran adalah peran alokatif. Dengan peran ini, pemerintah dapat

mengalokasikan sumber-sumber ekonomi yang ada agar optimal dan efisien. Bentuk nyatanya adalah pemerintah mempunyai kewenangan besar dalam hal pengelolaan fiskal. Fiskal merupakan kebijakan yang dibuat pemerintah untuk mengarahkan ekonomi suatu negara melalui pengeluaran dan pendapatan (berupa pajak) pemerintah. Sebagaimana diketahui bahwa cakupan fiskal ini sangat luas, maka apabila dikaitkan dengan penelitian ini, maka fiskal yang dimaksudkan adalah pengeluaran pemerintah pada sektor kesehatan. Sementara kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat dalam hal ini diarahkan pada parameter yang sudah menjadi parameter internasional dal hal kesejahteraan yaitu Indeks Pembangunan Manusia. Dalam ilmu ekonomi sektor kesehatan telah diyakini memainkan peran yang vital dalam pembangunan. Produktivitas sumber daya manusia sangat ditentukan oleh tingkat kesehatan. Oleh karena itu, kesehatan juga dapat dilihat sebagai komponen pertumbuhan dan pembangunan yang vital atau yang dikenal sebagai input fungsi produksi agregat. Peran gandanya sebagai input maupun output menyebabkan kesehatan sangat penting dalam pembangunan ekonomi. Pemerintah juga mempunyai peran dari Indeks Pembangunan Manusia yaitu dengan meningkatkan anggaran kesehatan dan pendidikan yang dapat membantu meningkatkan sumber daya manusia itu sendiri.

Tabel 1-1

Tabel IPM Indonesia

No	Tahun	IPM
1	2012	67,70
2	2013	68,31
3	2014	68,90
4	2015	69,55
5	2016	70,18
6	2017	70,81

Sumber: BPS dan diolah (www.bps.go.id)

Melihat keadaan tersebut terlihat bahwa dimasa kepemimpinan Presiden Jokowi besarnya anggaran untuk sektor kesehatan meningkat jauh dibandingkan dimasa – masa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono. Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti tertarik untuk mengkaji perkembangan belanja negara untuk sektor kesehatan dimasa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dan Presiden Jokowi.

Sehingga penulis mengambil judul “**Analisis Studi Komparatif APBN: Perkembangan Belanja Negara Sektor Kesehatan Kepemimpinan Susilo Bambang Yudhoyono dan Jokowi**”.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari latar belakang masalah yang di uraikan di atas dapat diidentifikasi bahwa masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Tingkat harapan hidup orang Indonesia mengalami kenaikan yang juga menunjukkan adanya kenaikan dalam kualitas kesehatan.
2. Pusat pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia terus mengalami pertumbuhan, akan tetapi belum mampu memenuhi secara maksimal untuk melayani masyarakat yang membutuhkan.
3. Peningkatan kesehatan masyarakat ternyata masih banyak mengalami beberapa permasalahan seperti kurangnya sarana dan prasarana layanan kesehatan serta tenaga medis sehingga tingkat kualitas masyarakat relatif rendah.

1.3 BATASAN DAN RUMUSAN MASALAH

1.3.1 Batasan Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh , peneliti membatasi hanya pada masalah perbandingan anggaran kesehatan pada masa SBY dan Jokowi

1.3.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perkembangan nilai belanja negara untuk sektor kesehatan sejak kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono yaitu tahun 2012

sampai tahun 2014 dan kepemimpinan Presiden Jokowi yaitu tahun 2015 sampai 2017.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan diadakannya penelitian ini adalah untuk melakukan analisis ekonomi secara deskriptif melalui perbandingan nilai belanja negara untuk sektor kesehatan dari kepemimpinan Susilo Bambang Yudhoyono dengan Jokowi

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun dari hasil penelitian ini diharapkan dapat diambil manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan dunia di sektor keuangan negara dan pembangunan nasional maupun kalangan masyarakat umum. Manfaat yang dapat diambil diantaranya:

1.5.1 Manfaat Akademik

a. Bagi peneliti :

- (1) Sebagai bahan studi atau tambahan literatur terhadap penelitian sebelumnya.
- (2) Sebagai bahan studi atau referensi bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian dengan topik yang sama.
- (3) Sebagai bahan masukan dalam mengevaluasi kebijakan pemerintah.

b. Bagi Mahasiswa

- (1) Melatih mahasiswa untuk dapat menguraikan suatu permasalahan secara ilmiah, teoritis, dan sistematis.

(2) untuk menambah pengetahuan dan wawasan sehubungan dengan analisis komparatif terhadap APBN pada kepemimpinan SBY dan Jokowi

1.5.2 Manfaat Non – Akademik

- a. Sebagai bahan masukan dalam penetapan kebijakan pemerintah.
- b. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai penambahan pengetahuan bagi masyarakat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Uraian Teoritis

2.1.1 Teori Pendapatan Nasional

Konsep pendapatan nasional pertama kali dicetuskan oleh Sir William Petty dari Inggris yang berusaha menaksir pendapatan negaranya (Inggris) pada tahun 1665. Dalam perhitungannya, ia menggunakan anggapan bahwa pendapatan nasional adalah penjumlahan biaya hidup (konsumsi) selama setahun. Namun, pendapat tersebut tidak disepakati oleh para ahli ekonomi modern karena menurut pandangan ilmu ekonomi modern, konsumsi bukanlah satu-satunya unsur dalam perhitungan pendapatan nasional. Menurut mereka, alat utama pengukur kegiatan perekonomian adalah Produk Nasional Bruto (Gross National Product = GNP) yaitu seluruh jumlah barang dan jasa yang dihasilkan setiap tahun oleh negara bersangkutan diukur menurut harga pasar yang berlaku di suatu negara.

Tujuan mempelajari perhitungan pendapatan nasional adalah sebagai berikut:

- (a) Untuk melihat kemajuan masyarakat dan negara dibidang perekonomian serta melihat pemerataan pembangunan bunga mencapai keadilan dan kemakmuran.
- (b) Untuk memperoleh taksiran yang akurat tentang nilai barang dan jasa yang dihasilkan masyarakat selama satu tahun.

(c) Untuk mengkaji dan mengendalikan factor-faktor yang mempengaruhi tingkat perekonomian suatu Negara.

(d) Untuk membantu merencanakan dan melaksanakan program pembangunan berjangka guna mencapai tujuan pembangunan nasional

Dalam konsep pendapat nasional dikenal beberapa konsep berikut:

1. Produk Nasional Bruto (PNB)

Produk Nasional Bruto (PNB) atau Gross National Product meliputi nilai produk barang dan jasa yang dihasilkan oleh penduduk suatu negara (nasional) selama satu tahun, termasuk hasil produksi barang dan jasa yang dihasilkan oleh warga negara yang berada diluar negeri, tetapi tidak termasuk hasil produksi perusahaan asing yang beroperasi di wilayah negara tersebut.

2. Pendapatan Nasional Neto (NNI)

Pendapatan Nasional Neto (Net National Income = NNI) adalah pendapatan yang menurut jumlah balas jasa yang diterima oleh masyarakat sebagai pemilik faktor produksi. Besarnya NNI dapat diperoleh dari NNP dikurangi pajak tidak langsung. Yang dimaksud pajak tidak langsung adalah pajak yang bebannya dapat dialihkan ke pihak lain seperti pajak penjualan dan pajak hadiah.

3. Pendapatan Perseorangan (PI)

Pendapatan Perseorangan (Personal Income = PI) adalah jumlah pendapatan yang diterima oleh setiap orang dalam masyarakat, termasuk pendapatan yang diperoleh tanpa melakukan kegiatan apapun. Pendapatan

Perseorangan juga menghitung pembayaran transfer (Transfer Payment). Transfer Payment adalah penerimaan yang bukan merupakan balas jasa produksi tahun ini, melainkan diambil dari sebagian pendapatan nasional tahun lalu seperti pembayaran dana pensiunan, tunjangan sosial bagi para pengangguran, bekas pejuang, bunga utang pemerintah, dan sebagainya. Untuk memperoleh jumlah pendapatan perseorangan, NNI harus dikurangi dengan pajak laba perusahaan (pajak yang dibayar setiap badan usaha kepada pemerintah), laba yang tidak dibagi (sejumlah laba yang tetap ditahan dalam perusahaan untuk beberapa tujuan tertentu seperti keperluan perluasan perusahaan), dan iuran pensiun (iuran yang dikumpulkan oleh setiap tenaga kerja dan setiap perusahaan dengan maksud akan dibayarkan kembali setelah tenaga kerja tersebut tidak lagi bekerja).

4. Pendapatan yang Siap Dibelanjakan (DI)

Pendapatan yang siap dibelanjakan (Disposable Income = DI) adalah pendapatan yang siap dimanfaatkan guna membeli barang dan jasa, konsumsi, serta selebihnya menjadi tabungan yang disalurkan menjadi investasi. Disposable Income (DI) diperoleh dari Personal Income (PI) dikurangi dengan pajak langsung. Pajak langsung (direct tax) adalah pajak yang bebannya tidak dapat dialihkan ke pihak lain, artinya, harus langsung ditanggung oleh wajib pajak seperti pajak penghasilan.

2.1.1.1 Metode Penghitungan Pendapatan Nasional

Untuk menghitung pendapatan nasional dapat digunakan tiga pendekatan berikut:

(a) Pendekatan Pendapatan

Menghitung pendapatan negara melalui pendekatan pendapatan dilakukan dengan menjumlahkan seluruh pendapatan (upah, sewa, bunga, dan laba) yang diterima rumah tangga konsumsi dalam suatu negara selama satu periode tertentu sebagai imbalan atas faktor-faktor produksi yang diberikan kepada perusahaan. Dalam menghitung pendapatan nasional pendekatan pengeluaran menggunakan rumus:

$$Y = w + r + i + p$$

Keterangan:

Y = Pendapatan Nasional

w = *Wage* (upah atau gaji)

r = *Rent* (sewa)

i = *Interest* (bunga)

p = *Profit* (laba)

(b) Pendekatan Produksi

Menghitung pendapatan negara melalui pendekatan produksi dilakukan dengan menjumlahkan nilai seluruh produk yang dihasilkan suatu negara dari bidang industri, agraris, ekstraktif, jasa dan niaga selama satu periode tertentu. Nilai produk yang dihitung dengan pendekatan ini adalah jasa dan barang jadi (bukan bahan mentah atau barang setengah jadi).

(c) Pendekatan Pengeluaran

Menghitung pendapatan negara melalui pendekatan pengeluaran dilakukan dengan menghitung jumlah seluruh pengeluaran untuk membeli barang dan jasa yang diproduksi dalam suatu negara selama satu periode tertentu. Perhitungan melalui pendekatan ini dilakukan dengan menghitung pengeluaran yang dilakukan oleh empat pelaku kegiatan ekonomi negara, yaitu rumah tangga (Consumption), pemerintah (Government), pengeluaran investasi (Investment), dan selisih antara nilai ekspor dikurangi nilai impor (X-M). Dalam hal ini pendekatan pengeluaran menggunakan rumus berikut:

$$Y = C + I + G + (X - M)$$

Keterangan:

Y = Pendapatan Nasional

C = Konsumsi

I = Investasi

G = Pengeluaran Pemerintah

X = Ekspor

M = Impor

2.1.2 Teori Pengeluaran Pemerintah

Pengeluaran Pemerintah (government expenditure) adalah bagian dari kebijakan fiskal (Sadono Sukirno, 2000), yaitu suatu tindakan pemerintah untuk mengatur jalannya perekonomian dengan cara menentukan besarnya penerimaan dan pengeluaran pemerintah setiap tahunnya, yang tercermin dalam dokumen Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) untuk nasional dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) untuk daerah atau regional. Tujuan dari kebijakan fiskal ini adalah dalam rangka menstabilkan harga, tingkat output, maupun kesempatan kerja dan memacu atau mendorong pertumbuhan ekonomi.

Menurut pendapat Keynes dalam Sadono Sukirno (2000) bahwa peranan atau campur tangan pemerintah masih sangat diperlukan yaitu apabila perekonomian sepenuhnya diatur oleh kegiatan di pasar bebas, bukan saja perekonomian tidak selalu mencapai tingkat kesempatan kerja penuh tetapi juga kestabilan kegiatan ekonomi tidak dapat diwujudkan. Akan tetapi fluktuasi kegiatan ekonomi yang lebar dari satu periode ke periode lainnya dan ini akan menimbulkan implikasi yang serius kepada kesempatan kerja dan pengangguran dan tingkat harga. Menurut Guritno (1999), Pengeluaran Pemerintah mencerminkan kebijakan pemerintah. Apabila pemerintah telah menetapkan suatu kebijakan untuk membeli barang dan jasa, pengeluaran pemerintah mencerminkan biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Teori mengenai pengeluaran pemerintah dapat digolongkan menjadi dua

bagian, yaitu teori makro dan teori mikro. Dalam penelitian ini mengedepankan teori dari sisi makro. Teori makro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah dikemukakan oleh para ahli ekonomi dan dapat digolongkan ke dalam tiga golongan, yaitu model pembangunan tentang perkembangan pengeluaran pemerintah, hukum Wagner mengenai perkembangan aktivitas pemerintah, teori Peacock dan Wiseman.

Model pembangunan tentang perkembangan pengeluaran pemerintah dikembangkan oleh Rostow dan Musgrave yang menghubungkan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan ekonomi yang dibedakan antara tahap awal, tahap menengah, tahap lanjut. Pada tahap awal perkembangan ekonomi, persentase investasi pemerintah terhadap total investasi besar sebab pada tahap ini pemerintah harus menyediakan prasarana, seperti misalnya pendidikan, kesehatan, prasarana transportasi, dan sebagainya.

Pada tahap menengah pembangunan ekonomi, investasi pemerintah tetap diperlukan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi agar dapat tinggal landas, namun pada tahap ini peranan investasi swasta sudah semakin membesar. Peranan pemerintah tetap besar dalam tahap menengah, oleh karena peranan swasta yang semakin besar ini banyak menimbulkan kegagalan pasar, dan juga menyebabkan pemerintah harus menyediakan barang dan jasa publik dalam jumlah yang banyak dan kualitas yang lebih baik. Selain itu, pada tahap ini perkembangan

ekonomi menyebabkan terjadinya hubungan antar sektor semakin rumit. Misalnya pertumbuhan ekonomi yang ditimbulkan oleh perkembangan sektor industri, menimbulkan semakin tingginya tingkat pencemaran udara dan air, dan pemerintah harus turun tangan untuk mengatur dan mengurangi akibat negatif dari polusi itu terhadap masyarakat. Pemerintah juga harus melindungi buruh yang berada dalam posisi yang lemah agar dapat meningkatkan kesejahteraan mereka.

Musgrave berpendapat bahwa dalam suatu proses pembangunan, investasi swasta dalam persentase terhadap GDP semakin besar dan persentasi investasi pemerintah dalam persentasi terhadap GNP akan semakin kecil. Pada tingkat ekonomi yang lebih lanjut, Rostow menyatakan bahwa pembangunan ekonomi, aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan prasarana ke pengeluaran-pengeluaran untuk aktivitas sosial seperti halnya program kesejahteraan hari tua, program pelayanan kesehatan masyarakat, dan sebagainya. Teori perkembangan peranan pemerintah yang dikemukakan oleh Musgrave dan Rostow adalah suatu pandangan yang ditimbulkan dari pengamatan berdasarkan pembangunan ekonomi yang dialami oleh banyak negara, tetapi tidak didasarkan oleh suatu teori tertentu. Selain itu, tidak jelas apakah tahap pertumbuhan ekonomi terjadi tahap demi tahap, ataukah beberapa tahap dapat terjadi secara simultan.

Wagner mengemukakan suatu teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang semakin besar dalam persentasi terhadap

GNP yang juga didasarkan pula pada pengamatan di negara-negara Eropa, Amerika Serikat dan Jepang pada abad ke-19. Wagner mengemukakan pendapatnya dalam bentuk suatu hukum, akan tetapi dalam pandangannya tersebut dijelaskan apa yang dimaksud dengan pertumbuhan pengeluaran pemerintah dan GNP, apakah dalam pengertian pertumbuhan secara relatif ataukah secara absolut. Apabila yang dimaksud Wagner adalah perkembangan pengeluaran pemerintah secara relatif sebagaimana teori Musgrave, maka hukum Wagner adalah sebagai berikut :

Dalam suatu perekonomian, apabila pendapatan perkapita meningkat, secara relatif pengeluaran pemerintah pun akan meningkat. Dasar dari hukum tersebut adalah pengamatan empiris dari negara-negara maju (Amerika Serikat, Jerman dan Jepang), tetapi hukum tersebut memberi dasar akan timbulnya kegagalan pasar dan eksternalitas. Wagner menyadari bahwa dengan bertumbuhnya perekonomian hubungan antara industri dengan industri, hubungan industri dengan masyarakat, dan sebagainya menjadi semakin rumit atau kompleks. Dalam hal ini Wagner menerangkan mengapa peranan pemerintah menjadi semakin besar, yang terutama disebabkan karena pemerintah harus mengatur hubungan yang timbul dalam masyarakat, hukum, pendidikan, rekreasi, kebudayaan dan sebagainya.

Kelemahan hukum Wagner adalah karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya dengan suatu teori yang disebut teori

organisasi mengenai pemerintah yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat yang lainnya.

Peacock dan Wiseman adalah dua orang yang mengemukakan teori mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah yang terbaik. Teori mereka didasarkan pada suatu pandangan bahwa pemerintah senantiasa berusaha untuk memperbesar pengeluaran sedangkan masyarakat tidak suka membayar pajak yang besar untuk membiayai pengeluaran pemerintah yang semakin besar tersebut, sehingga teori Peacock dan Wiseman merupakan dasar dari teori pemungutan suara. Peacock dan Wiseman mendasarkan teori mereka pada suatu teori bahwa masyarakat mempunyai suatu tingkat toleransi pajak, yaitu suatu tingkat dimana masyarakat dapat memahami besarnya pungutan pajak yang dibutuhkan oleh pemerintah untuk membiayai pengeluaran pemerintah. Jadi masyarakat menyadari bahwa pemerintah membutuhkan dana untuk membiayai aktivitas pemerintah sehingga mereka mempunyai suatu tingkat kesediaan masyarakat untuk membayar pajak. Tingkat kesediaan ini merupakan kendala bagi pemerintah untuk menaikkan pemungutan pajak secara semena-mena.

2.2 Regulasi

2.2.1 Kebijakan Tentang Anggaran Keuangan

Peranan pemerintah di Indonesia diwujudkan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). APBN adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara Indonesia yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat. APBN berisi daftar sistematis dan terperinci yang memuat rencana penerimaan dan pengeluaran Negara selama satu tahun anggaran (1 Januari-31 Desember). APBN merupakan instrumen untuk mengatur pengeluaran dan pendapatan negara dalam rangka membiayai pelaksanaan kegiatan pemerintahan dan pembangunan, mencapai pertumbuhan ekonomi, meningkatkan pendapatan nasional, mencapai stabilitas perekonomian, dan menentukan arah serta prioritas pembangunan secara umum (Pasaribu,2012).

Sejak tahun 2000 struktur APBN terdiri dari tiga bagian besar yaitu pendapatan negara, belanja negara dan pembiayaan. Hal ini karena Indonesia masih menganut prinsip anggaran defisit sehingga diperlukan pembiayaan untuk menutup defisitnya.

Tim Pusdiklat Pengembangan Sumber Daya Manusia BPPK,(2009) menyatakan bahwa pengelolaan APBN secara keseluruhan dilakukan melalui lima tahap yaitu tahap perencanaan APBN, tahap penetapan UU APBN, tahap pelaksanaan UU APBN, tahap pengawasan pelaksanaan APBN dan tahap pertanggungjawaban pelaksanaan APBN.

Didalam praktik, keseimbangan secara teknis akuntansi antara sisi pendapatan dan belanja negara sebagaimana yang dipersyaratkan dalam prinsip

anggaran berimbang, seringkali sulit diterapkan secara absolut. Dalam pelaksanaannya tidak dapat dihindari adanya surplus yang terjadi ketika pendapatan negara melebihi belanja negara, atau terjadi defisit yang terjadi ketika realisasi belanja negara melebihi pendapatan negara. Apabila terjadi defisit anggaran, maka dibutuhkan adanya penerimaan pembiayaan baik berasal dari sumber dalam negeri maupun luar negeri dalam bentuk pembiayaan utang atau non utang untuk menutup defisit tersebut. Sementara itu jika yang terjadi adalah surplus anggaran, maka diperlukan pengeluaran pembiayaan untuk menyerap surplus tersebut.

Meskipun Pemerintah telah merencanakan dengan baik sumber-sumber penerimaan pembiayaan untuk membiaya ide fisik anggaran, namun pada akhir tahun anggaran sangat dimungkinkan terjadi sisa lebih pembiayaan anggaran (SiLPA) yaitu realisasi pembiayaan anggaran lebih besar dari realisasi defisit, atau sebaliknya yaitu terjadi sisa kurang pembiayaan anggaran (SiKPA). Apabila terjadi SiLPA dalam pelaksanaan APBN, maka akan menambah saldo anggaran lebih (SAL) Pemerintah yang dananya antara lain tersimpan di bank sentral dan bank-bank umum. Namun sebaliknya, apabila terjadi SiKPA, maka dapat mengurangi SAL yang dimiliki oleh Pemerintah.

2.2.2 Tahap Perencanaan APBN

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah sebagai berikut:

- 1) Penyusunan Rencana Kerja Kementerian Negara/Lembaga. Berdasarkan PP Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah dan PP Nomor 21 Tahun 2004 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, Kementerian Negara/Lembaga menyusun Rencana Kerja Kementerian Negara/Lembaga (Renja-KL) dengan berpedoman pada Rencana Strategis Kementerian Negara/Lembaga (Renstra-KL) dan mengacu pada prioritas pembangunan nasional dan pagu indikatif yang ditetapkan dalam Surat Edaran Bersama Menteri Perencanaan dan Menteri Keuangan. Rencana Kerja ini memuat kebijakan, program, dan kegiatan yang dilengkapi sasaran kinerja dengan menggunakan pagu indikatif untuk tahun anggaran berikutnya. Program dan kegiatan dalam Renja-KL disusun dengan pendekatan berbasis kinerja, kerangka pengeluaran jangka menengah, dan penganggaran terpadu.

- 1) Pembahasan Rencana Kerja Kementerian Negara/ Lembaga. Kementerian Perencanaan setelah menerima Rencana Kerja Kementerian Negara/Lembaga melakukan penelaahan bersama – sama dengan Kementerian Keuangan. Pada tahap ini perubahan – perubahan terhadap program Kementerian Negara/Lembaga dapat disetujui oleh Kementerian Perencanaan setelah berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan berdasarkan usulan Menteri/Pimpinan Lembaga terkait.

2) Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga.

Selambat – lambatnya pertengahan Mei, pemerintah menyampaikan Kerangka Ekonomi Makro dan Pokok - pokok Kebijakan Fiskal kepada DPR untuk dibahas bersama. Hasil pembahasan tersebut kemudian menjadi Kebijakan Umum dan Prioritas Anggaran bagi Presiden/kabinet yang akan dijabarkan oleh Kementerian Keuangan dalam bentuk Surat Edaran Pagu Sementara. Kementerian Negara/Lembaga setelah menerima Surat Edaran Menteri Keuangan tentang pagu sementara bagi masing masing program pada pertengahan bulan Juni, melakukan penyesuaian Renja – KL menjadi RKAKL yang dirinci menurut unit organisasi dan kegiatan. Selanjutnya Kementerian Negara/Lembaga melakukan pembahasan RKAKL dengan komisi komisi di DPR yang menjadi mitra kerja Kementerian Negara/Lembaga terkait. Sebelumnya komisi terkait telah mendapatkan Pagu Anggaran Sementara yang disampaikan oleh Panitia Anggaran DPR sebagai bahan dalam pembahasan RKAKL. Hasil pembahasan RKAKL disampaikan kepada Kementerian Keuangan dan Kementerian Perencanaan selambat – lambatnya pada pertengahan bulan Juni. Kementerian Perencanaan akan menelaah kesesuaian antara RKAKL hasil pembahasan dengan Rencana Kerja Pemerintah, sementara Kementerian Keuangan akan menelaah kesesuaian antara RKAKL hasil pembahasan dengan SE Menteri Keuangan tentang pagu sementara, prakiraan maju yang telah disetujui tahun anggaran sebelumnya dan standar biaya yang telah ditetapkan.

- 3) Penyusunan Anggaran Belanja. RKAKL hasil pembahasan Kementerian Keuangan dan Kementerian Perencanaan menjadi dasar penyusunan anggaran belanja negara. Belanja negara disusun menurut asas bruto dimana masing – masing Kementerian Negara/Lembaga selain harus mencantumkan rencana jumlah pengeluaran tapi juga perkiraan penerimaan yang mungkin didapat selama tahun anggaran yang bersangkutan.
- 4) Penyusunan Perkiraan Pendapatan Negara. Tidak seperti halnya penyusunan prakiraan belanja negara, dimana dilakukan pembahasan antara Kementerian Keuangan, Bappenas selaku Kementerian Perencanaan dan Kementerian Negara/Lembaga yang bersangkutan, maka penentuan perkiraan pendapatan negara pada dasarnya ditetapkan oleh Kementerian Keuangan dibantu Bappenas dengan memperhatikan masukan masukan dari Kementerian Negara/Lembaga lain. Misalnya dalam penentuan perkiraan penerimaan bukan pajak.
- 5) Penyusunan Rancangan APBN. Setelah disusun perkiraan belanja negara dan perkiraan pendapatan negara, selanjutnya Kementerian Keuangan menyusun Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara untuk dibahas dalam sidang kabinet yang dipimpin oleh Presiden. Dari hasil pembahasan pada sidang kabinet, selanjutnya disusun RUUAPBN beserta dokumen pendukungnya yang terdiri dari Nota Keuangan dan Himpunan RKAKL dari seluruh Kementerian Negara/Lembaga untuk disampaikan kepada DPR.

2.2.3 Tujuan dan Fungsi APBN

APBN dilaksanakan berdasarkan kepercayaan bahwa sektor ekonomipemerintah sangat dibutuhkan untuk melaksanakan Trilogi Pembangunan: pertumbuhan, pemerataan, dan stabilisasi. Trilogi Pembangunan ini merupakan realisasi dari teori fungsi fiskal: alokasi barang publik (*allocation*), distribusi pendapatan (*distribution*), dan stabilisasi perekonomian (*stabilization*) (Tamara Sakti dkk, 2014).

1) Fungsi Alokasi

Fungsi alokasi adalah fungsi dalam penyediaan barang publik (sepertijembatan, jalan raya, penerangan, pertahanan, dan keamanan) yang diharapkan menghasilkan dampak menguntungkan. Misalnya, meningkatnya kegiatan investasi yang sangat dibutuhkan untuk memacu pertumbuhan ekonomi.

2) Fungsi Distribusi

Fungsi distribusi adalah fungsi dalam rangka mem perbaiki distribusipendapatan masyarakat serta pemerataan pembangunan. Instrumen yang digunakan adalah pajak dan subsidi, yang dapat mempengaruhi atau mengarahkan keinginan kerja dan konsumsi masyarakat.

3) Fungsi Stabilisasi

Fungsi stabilisasi adalah fungsi dalam rangka menciptakan kestabilanekonomi, pertahanan keamanan, dan lain-lain. Fungsi ini bersifat antisiklis. Misalnya, jika negara dalam keadaan resesi

(pertumbuhan ekonomi menurun), sebaiknya ditempuh kebijakan anggaran yang defisit, untuk menstimulus pertumbuhan ekonomi. Adapun dalam kondisi perekonomian yang membaik, sebaiknya ditempuh kebijakan anggaran surplus untuk menekan laju inflasi.

4) Fungsi Perencanaan

Mengandung arti bahwa anggaran negara dapat menjadi pedoman bagi negara untuk merencanakan kegiatan pada tahun tersebut. Bila suatu pembelanjaan telah direncanakan sebelumnya, maka negara dapat membuat rencana-rencana untuk mendukung pembelanjaan tersebut. Misalnya, telah direncanakan dan dianggarkan akan membangun proyek pembangunan jalan dengan nilai sekian miliar. Maka, pemerintah dapat mengambil tindakan untuk mempersiapkan proyek tersebut agar bisa berjalan dengan lancar.

5) Fungsi Otorisasi

Mengandung arti bahwa anggaran negara menjadi dasar untuk melaksanakan pendapatan dan belanja pada tahun yang bersangkutan. Dengan demikian, pembelanjaan atau pendapatan dapat dipertanggungjawabkan kepada rakyat.

6) Fungsi Pengawasan

Maksudnya anggaran negara harus menjadi pedoman untuk menilai apakah kegiatan penyelenggaraan pemerintah negara sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Dengan demikian

akan mudah bagi rakyat untuk menilai apakah tindakan pemerintah menggunakan uang negara untuk keperluan tertentu itu dibenarkan atau tidak.

Tujuan penyusunan APBN adalah sebagai pedoman penerimaan dan pengeluaran negara atau daerah, agar terjadi keseimbangan yang dinamis, demi tercapainya peningkatan produksi, peningkatan kesempatan kerja, pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi. Adapun tujuan akhirnya adalah mencapai masyarakat yang adil dan makmur material dan spiritual berdasarkan Pancasila dan UUD 1945.

Tujuan penyusunan APBN diantaranya yaitu:

- 1) Meningkatkan transparansi dan pertanggungjawaban pemerintah kepada DPR dan rakyat:
- 2) Meningkatkan koordinasi dalam lingkungan pemerintah
- 3) Membantu pemerintah mencapai tujuan kebijakan fiskal
- 4) Memungkinkan pemerintah memenuhi prioritas belanja Negara
- 5) Membantu menciptakan efisiensi dan keadilan dalam menyediakan barang dan jasa publik.

2.2.4 Proses Penyusunan Anggaran

Secara garis besar proses penyusunan anggaran pembangunan di Indonesia sebagai berikut:

- 1) Penyusunan anggaran biasanya menggunakan tahun fiskal dan bukan tahun masehi sehingga proses pembangunan oleh Departemen atau Lembaga pemerintah Non Departemen sudah dimulai pada tanggal 1 April tahun yang bersangkutan. Oleh keduanya usulan rencana anggaran diajukan dalam bentuk Daftar Usulan Kegiatan (DUK) bagi anggaran rutin dan dalam bentuk Daftar Usulan Proyek (DUP) untuk anggaran pembangunan.
- 2) Selanjutnya DUK dan DUP tersebut, antara bulan Agustus dan September akan diajukan dan disampaikan ke BAPPENAS dan Ditjen Anggaran – Departemen Keuangan. Selanjutnya DUK dan DUP tersebut akan diproses oleh BAPPENAS antara bulan Oktober hingga Nopember.
- 3) Pada proses tersebut BAPPENAS akan menyesuaikan isi DUK dan DUP dengan perkiraan penerimaan dalam negeri dalam tahun anggaran yang bersangkutan. Selanjutnya dalam bulan Desember akan ditentukan batas atas (plafon) anggaran untuk tahun anggaran yang bersangkutan dalam bentuk RAPBN (Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara)
- 4) Pada bulan Januari, setelah RAPBN tersebut dilampiri/disertai keterangan dari pemerintah dengan Nota -Keuangan, akan disampaikan oleh Presiden dihadapan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat guna

mendapat persetujuan seperti yang tersirat dalam pasal 23 ayat (1) UUD 1945.

- 5) Selanjutnya RAPBN tersebut akan dibahas oleh DPR bersama – sama dengan Menteri atau Kedua Lembaga yang bersangkutan melalui Rapat Kerja Komisi APBN.
- 6) Jika dalam pembahasan tersebut dicapai suatu kesepakatan (persetujuan) maka RAPBN untuk tahun anggaran yang bersangkutan tersebut, persetujuannya akan dituangkan dalam Undang – undang tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran.
- 7) Selanjutnya Anggaran yang telah disetujui pemerintah tersebut akan dituangkan kembali dalam bentuk Daftar Isian Proyek (DIP) Departemen atau Lembaga Pemerintah yang bersangkutan.

2.2.5 Belanja Negara

Berdasarkan UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara pasal 1 angka 14: “Belanja Negara adalah kewajiban pemerintah Pusat yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Berdasarkan PP No. 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintah: “Belanja adalah semua pengeluaran dari Rekening Kas Umum Negara/Daerah yang mengurangi ekuitas dana lancar dalam periode tahun anggaran yang bersangkutan yang tidak akan diperoleh pemebayarannya kembali oleh pemerintah Pasal 11 ayat 4 UU No.17 Tahun 2003 menyebutkan bahwa: “Belanja Negara dalam APBN digunakan untuk keperluan penyelenggaraan tugas pemerintah pusat dan pelaksanaan perimbangan keuangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Dalam sejarah perkembangan APBN, klasifikasi belanja negara beberapa kali mengalami perubahan dan penyempurnaan, termasuk perubahan nomenklatur, dari pengeluaran negara menjadi belanja negara. Dalam periode 1969/1970-1999/2000, pengeluaran negara dikelompokkan menurut klasifikasi ekonomi dan klasifikasi sektor. Berdasarkan klasifikasi ekonomi, pengeluaran negara terdiri atas pengeluaran rutin dan pengeluaran pembangunan.

Pengeluaran rutin terdiri atas belanja pegawai, belanja barang, pembayaran bungautang, subsidi daerah otonom, dan belanja lain-lain. Belanja lain-lain menampung antara lain alokasi subsidi pangan (subsidi beras dan subsidi impor gandum selama Pembangunan Jangka Panjang I) dan subsidi BBM (sejak tahun 1977/1978). Sementara itu, pengeluaran pembangunan terdiri atas pembiayaan rupiah yang berasal dari tabungan pemerintah dan pinjaman proyek. Tabungan pemerintah merupakan selisih antara penerimaan dalam negeri dan pengeluaran rutin. Pengeluaran pembangunan dikelompokkan lagi kedalam pengeluaran pembangunan untuk departemen/ lembaga, bantuan pembangunan daerah, dan pengeluaran pembangunan lainnya. Termasuk dalam pengeluaran pembangunan lainnya adalah subsidi pupuk.

Disamping itu, baik pengeluaran rutin maupun pengeluaran pembangunan juga dirinci menurut sektor subsektor. Mulai tahun 2001, sejalan dengan penyempurnaan disisi penerimaan, penyempurnaan, dan perubahan format juga dilakukan disisi belanja negara. Belanja negara, yang dalam format sebelumnya disebut dengan pengeluaran negara, diubah nomenklaturnya

menjadi belanja negara. Dalam format yang baru, belanja negara terdiri atas belanja pemerintah pusat dan belanja kedaerah, untuk mengakomodasikan pelaksanaan desentralisasi fiskal dan otonomi daerah, sesuai dengan amanat UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah. Sejak tahun 2005, rincian belanja negara mengalami perubahan.

Belanja negara tetap terdiri atas belanja pemerintah pusat dan transfer kedaerah. Namun, sesuai dengan pasal 11 ayat (5) UU Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, belanja negara dirinci menurut organisasi, fungsi, dan jenis belanja. Belanja negara adalah seluruh kewajiban Pemerintah Pusat yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Belanja negara dapat dikelompokkan menjadi belanja Pemerintah Pusat dan transfer kedaerah. Belanja Pemerintah Pusat merupakan salah satu instrumen kebijakan fiskal yang sangat strategis untuk mencapai sasaran-sasaran pokok pembangunan nasional. Alasan utamanya adalah Pemerintah, melalui belanja Pemerintah Pusat, dapat secara langsung melakukan intervensi anggaran (*directbudgetintervention*) untuk mencapai sasaran-sasaran program pembangunan yang telah ditetapkan. Sementara itu, transfer kedaerah diarahkan untuk mempercepat pembangunan daerah dan meningkatkan kualitas pelayanan publik di daerah serta mengurangi ketimpangan pelayanan publik di daerah.

Transfer kedaerah juga diperuntukkan untuk meningkatkan kemampuan keuangan daerah (*fiscalimbalance*) mengurangi perbedaan keuangan antara

pusat dan daerah serta antar daerah, mendukung kesinambungan fiskal nasional, serta meningkatkan sinkronisasi antara rencana pembangunan nasional dan rencana pembangunan daerah. Selain itu, mulai tahun 2015, Pemerintah telah menganggarkan dan ade sayang merupakan bagian anggaran belanja kedaerah sebagai mana amanat Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa. Pengalokasian dana desa ini dimaksudkan untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat desa, penguatan demokrasi, serta menjawab tantangan dan persoalan ditingkat desa dan mendorong pertumbuhan langsung dari desa.

Belanja negara dari perkembangan beberapa tahun terakhir, anggaran belanja negara, khususnya belanja rutin dan pembangunan secara nominal cenderung meningkat dengan pesat. Hal ini tidak terlepas dari langkah-langkah kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam mengantisipasi berbagai perkembangan di bidang ekonomi dan non ekonomi, di samping untuk mengimbangi dari semakin meningkatnya penerimaan negara secara nominal. Beban anggaran belanja negara dipengaruhi oleh beberapa kebijakan antara lain (Pasaribu, 2012).

- 1) Pertama, program penyehatan dan restrukturisasi perbankan yang dilakukan pada masa krisis ekonomi, sehingga pemerintah harus menerbitkan surat utang dan obligasi yang mengakibatkan kepada timbulnya beban bunga utang dalam negeri yang cukup besar. yang terasa sampai beberapa tahun terakhir.

- 2) Kedua, pemberian subsidi untuk menjaga stabilitas harga, membantu masyarakat yang kurang mampu dalam menghadapi dampak krisis ekonomi akibat masih rendahnya pendapatan riil masyarakat, misalnya pemberian bantuan langsung tunai (BLT).
- 3) Ketiga, pemberian stimulus kepada pemulihan ekonomi melalui peningkatan anggaran belanja pembangunan pemerintah, akibat dari masih lemahnya peranan swasta dalam menggerakkan laju perekonomian sejak krisis ekonomi tahun 1997.
- 4) Keempat, implikasi kebijakan otonomi daerah dan desentralisasi fiskal sesuai dengan Undang-undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang No. 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah, sehingga melalui APBN, pemerintah pusat mengalokasikan anggaran belanja untuk daerah dalam jumlah yang lebih besar dari tahun-tahun sebelumnya.

2.2.6 Belanja Negara Sektor Kesehatan

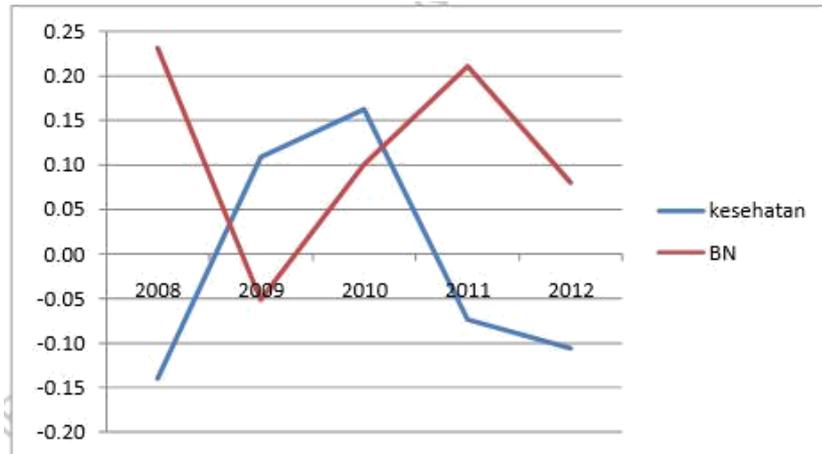
Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dalam rangka mewujudkan visi misi Presiden Jokowi dan implementasi Nawa Cita yang kelima yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, diselenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI,2016).

Dalam konsep pembangunan nasional, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melaksanakan Program Indonesia Sehat yang bertujuan untuk;

- 1) Meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat sehingga terwujudnya bangsa yang mandiri, maju dan sejahtera,
- 2) Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pelaksanaan program Indonesia Sehat ini memerlukan kerangka regulasi dan kebijakan pembiayaan pembangunan kesehatan yang komprehensif antar pemerintahan dan antar pelaku pembangunan kesehatan.

Pasal 17 1Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 menjadikan alokasi belanja dibidang kesehatan sesuatu yang mutlak dipenuhi (*mandatospending*). Pasal tersebut menyebutkan bahwa pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar minimal 5% (lima persen) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara diluar gaji, sementara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar minimal 10% (sepuluh persen) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah diluar gaji.

Tujuan dari pembangunan bidang kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan yang terns membaik. Penggunaan anggaran dibidang kesehatan diharapkan seoptimal mungkin dapat termanfaatkan untuk mencapai tujuan tersebut.



Sumber: Data APBN 2008 - 2012

Gambar 2.1 Peningkatan Belanja Negara Sektor Kesehatan dan Belanja Negara

Selama tahun 2008-2012, secara nominal besarnya belanja fungsi kesehatan cenderung berfluktuatif. Grafik menunjukkan sebelum diberlakukannya UU kesehatan (tahun 2008) peningkatan belanja kesehatan berada dibawah rata-rata peningkatan belanja Negara. Kemudian setelah adanya UU kesehatan (tahun 2009-2010) peningkatan belanja fungsi kesehatan cenderung melebihi peningkatan belanja Negara, namun pada tahun 2011 dan 2012 peningkatan belanja fungsi kesehatan kembali berada dibawah peningkatan belanja Negara (Setjen DPR-RI, 2013)

Kesehatan merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh seluruh masyarakat Indonesia. Masyarakat yang sehat tentu akan membawa dampak positif terhadap pembangunan. Untuk menciptakan kesehatan bagi masyarakat tidak hanya menjadi tanggung jawab atau kesadaran individu sebagai manusia namun juga harus ada intervensi yang dilakukan oleh pemerintah yang diwakili oleh

Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Mustawa, 2015). UU No 36 tahun 2009 pasal 170 menyebutkan pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Sumber dari pembiayaan kesehatan ini berasal dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.

2.2.7 Sektor Kesehatan Era Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (2012 - 2014)

Sejak mengambil alih kursi kepemimpinan dan menjadi Presiden RI pada tahun 2004, Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) sepertinya sangat sadar kesehatan merupakan salah satu syarat utama dalam membangun bangsa. Indonesia saat itu merupakan Negara dengan jumlah penduduk yang sangat besar dan tersebar diberbagai pulau tapi sarana dan kualitas kesehatan sangat minim. Dengan segera pemerintah memberikan porsi khusus untuk bidang kesehatan, baik itu dari program hingga anggaran di APBN. Dan setelah 10 tahun, terjadi peningkatan luar biasa dalam hal pembangunan kesehatan (Aprianto dalam kompasiana.com, 2017).

Jumlah rumah sakit dari 135 unit ditahun 2004, naik menjadi 837 unit pada tahun 2014. Untuk menjangkau masyarakat hingga ke pelosok, pemerintah membangun puskesmas 5 kali lipat. Pada tahun 1999-2004 ada 355, tapi periode 2004-2014 ada sekitar 2083 puskesmas. Apotek sebagai tempat untuk

mendapatkan obat bagi masyarakat juga terus tumbuh dan hingga tahun 2014 sudah mencapai 9510 unit (Kompasiana.com,2017).

Tidak hanya peningkatan dalam bentuk fisik, peningkatan dalam tenaga ahli juga terus ditingkatkan. Buktinya saja peningkatan jumlah dokter selama 10 tahun SBY memimpin sangat signifikan. Dari jumlahnya hanya 35.375 orang menjadi hampir 100 ribu dokter.

Kesehatan masyarakat tidak terlepas dari bagaimana konsumsi makanan. Karena Indonesia masih banyak yang miskin, maka pemerintah memberikan kepastian terhadap asupan makanan untuk masyarakat dengan pemberian makanan pokok seperti beras. Dana untuk Raskin mencapai Rp 115 triliun dalam kurun waktu 2008 - 2014.

Pemerintah juga meluncurkan BPJS. Konsep dasar dan tujuan diberlakukannya sistem dan kebijakan tentang BPJS Kesehatan tak lain untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia. Selain instrumen peraturan, pemerintah bersama DPR juga telah menyepakati alokasi anggaran untuk BPJS Kesehatan tahap pertama yakni Rp 19,93 triliun. Dana tersebut akan disalurkan dan diprioritaskan kepada 86,4 juta masyarakat Indonesia yang sangat miskin, miskin, dan rentan

2.2.8 Sektor Kesehatan Era Presiden Jokowi (2015 – 2017)

Menurut Razak Thaha seperti yang dikutip berita satu. com“ Sepanjang 2 tahun pemerintahan Jokowi-JK, sektor kesehatan mengalami banyak kemajuan. Banyak terobosan yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.”(Dina Manafe, 2016).

Program BPJS Kesehatan pada bulan Desember 2016 telah berhasil menjangkau 70% penduduk Indonesia. Sekitar 171 juta rakyat Indonesia telah menjadi peserta Program BPJS Kesehatan. Memang Program BPJS Kesehatan adalah warisan dari era Presiden SBY, karena dimulai persis 1 Januari 2014. Tetapi Presiden Jokowi meneruskannya dengan sungguh-sungguh dan menjadikannya prioritas utama setelah beliau menjabat Presiden.

Hanya dalam tempo 3 tahun, BPJS Kesehatan telah menjadi andalan rakyat Indonesia dibidang layanan kesehatan. Jumlah peserta BPJS yang mencapai 171 juta orang tersebut, sama dengan 4 kali jumlah penduduk Negara tetangga Malaysia, atau 35 kali penduduk Singapura (Jaya Nasti dalam Kompasiana. com, 2016).

Salah satu kemajuan yang patut diapresiasi adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau Kartu Indonesia Sehat (KIS). Jumlah penduduk miskin yang dijamin pemerintah melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam program ini terus meningkat.

Di 2014-2015 jumlah peserta PBI baru sebanyak 86,4 juta jiwa, saat ini meningkat menjadi 92,4 juta dan akan menjadi 94,4 juta pada 2017 mendatang. Jumlah penduduk yang menjadi peserta dalam skema jaminan sosial ini juga terus meningkat. Ditargetkan hingga akhir pemerintahan Jokowi – JK pada 2019 mendatang, Indonesia mencapai Universal Health Coverage (UHC), dimana seluruh penduduk menjadi peserta JKN

2.3 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu

No	Nama Penelitian, Judul Penelitian	Model Estimasi	Variabel digunakan dan Data	Metode Estimasi	Hasil Riset
1.	Mufti Anas ANALISIS KINERJA DAN PENGELOLAAN ANGGARAN PEMBIAYAAN DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA	$\log Iw$ $= \log \varphi + \delta$ $\log Y + 2$ $\log Y$	Iw : <i>Indeks Williams</i> <i>on</i> GR : Indeks	Regresi Linier Berganda	Kurang maksimalnya pelayanan terutama terkait dengan proses verifikasi. Hal tersebut dikarenakan terbatasnya sumber daya

	DALAM PROGRAM PEMELIHAA RAAN KESEHATAN MASYARAKAT SURAKARTA (PK MS) TAHUN 2008	$+ \varepsilon$ $\log GR$ $= \log$ $\varphi + \delta$ \log $Y + 2$ $\log Y$ $+ \varepsilon$	Gini Y : PDRB per kapita φ dan δ : kofisiesn regresi ε : epsilon		manusia.
--	---	--	---	--	----------

2.	<p>Faktor-faktor yang mempengaruhi alokasi anggaran kesehatan yang bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di Kabupaten Sarolangun Propinsi Jambi</p> <p>Penulis Sarjiah</p>	$KK = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot IMR + \alpha_2 \cdot LE + \alpha_3 \cdot AKG + \alpha_4 \cdot AKG \cdot An + \alpha_5 \cdot PWAH + F + \varepsilon_t$	<p><i>IMR: Infant Mortality Rate</i></p> <p><i>LE: Life Expectancy</i></p> <p><i>AKG</i></p> <p><i>PWAS: gka Balita Kurang Gizi</i></p> <p><i>PWAS: Penduduk</i></p>	<p>OLS (Ordinary Least Square)</p>	<p>PAD tidak memiliki pengaruh terhadap alokasi anggaran kesehatan. b. dana perimbangan memiliki pengaruh. c. Politik (Komitmen Daerah) memiliki pengaruh. d. Advokasi memiliki pengaruh. e. Kemampuan perencanaan memiliki mempengaruhi</p>
----	--	---	--	------------------------------------	--

			Tanpa Akses Terhadap Sanitasi PWAHF: Penduduk Tanpa Akses Terhadap Fasilitas Kesehata n		
--	--	--	--	--	--

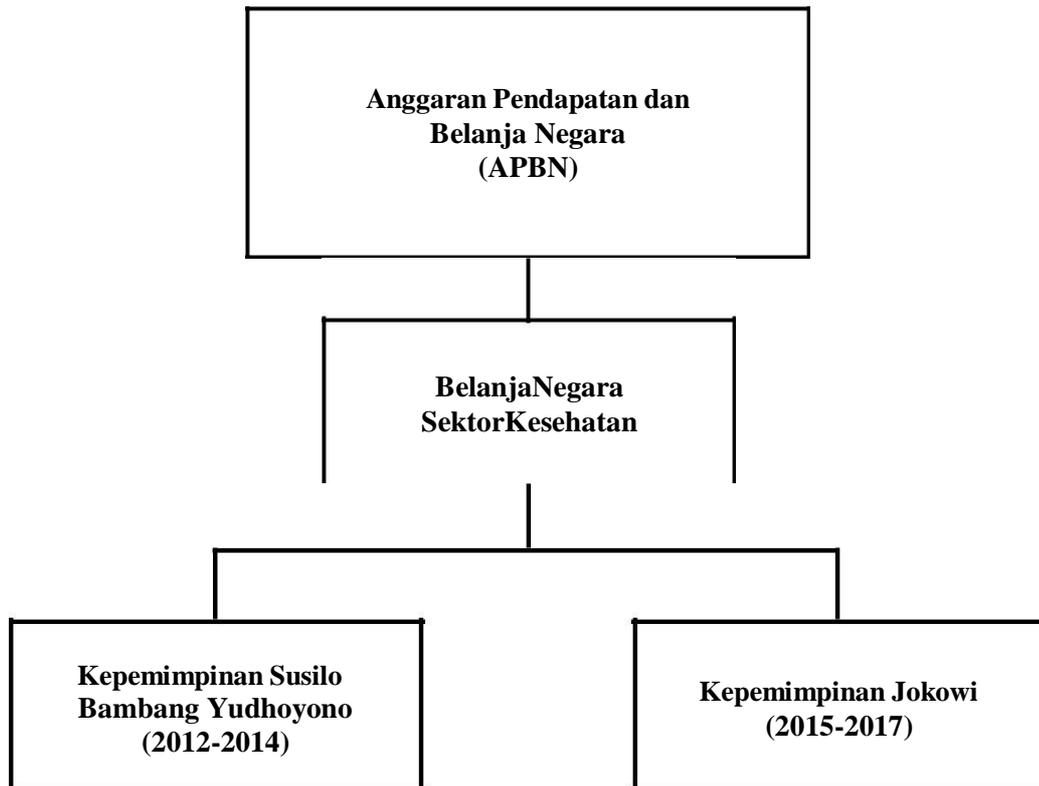
3	<p>Trias Dewi Yunisti, Analisis Ketimpangan Pembangunan Antar Kabupaten/Kota Provinsi Banten.</p>	<p><i>PDRB Per kapita, Indeks Pembangunan Manusia, Tingkat Kemiskinan</i></p>	<p>Indeks Williamson menunjukkan nilai yang semakin menurun atau ketimpangan semakin kecil yang diukur melalui sektor kesehatan, sedangkan melalui analisis dengan indeks Theil menunjukkan bahwa ketimpangan sektor ekonomi di provinsi banten semakin menurun.</p>
---	---	---	--

2.4 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting. Kerangka berpikir yang baik akan menjelaskan secara teoritis pertautan antar variabel yang akan diteliti. Jadi secara teoritis perlu dijelaskan hubungan antar variabel. Oleh karena itu pada setiap penyusunan para digma penelitian harus didasarkan pada kerangka berfikir (Sugiyono, 2010 : 60)

Anggaran pemerintah merupakan dokumen formal hasil kesepakatan antara eksekutif dan legislatif tentang belanja yang ditetapkan untuk melaksanakan kegiatan pemerintah dan pendapatan yang diharapkan untuk menutup keperluan belanja atau pembiayaan yang diperlukan. Anggaran mengkoordinasikan aktivitas belanja pemerintah dan memberi landasan bagi upaya perolehan pendapatan dan pembiayaan oleh pemerintah untuk suatu periode tertentu yang biasanya mencakup periode tahunan.

Sepanjang tahun 2004 sampai tahun 2016 telah terjadi banyak fluktuatif dari nilai APBN untuk belanja negara disektor kesehatan. Dalam penelitian ini akan dibahas lebih lanjut apakah terdapat perbedaan atau perubahan belanja negara sektor kesehatan pada era kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dan era kepemimpinan Presiden Jokowi. Berikut kerangka berpikir penelitian ini.



Gambar

2.2 Kerangka Berpikir

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian pada penelitian ini adalah studikomparatif. Menurut Silalahi Ulber (2005) penelitian komparatif adalah penelitian yang membandingkan dua gejala atau lebih. Penelitian komparatif dapat berupa komparatif deskriptif (*descriptive comparative*) maupun komparatif korelasional (*correlation comparative*). Komparatif deskriptif membandingkan variabel yang sama untuk sampel yang berbeda.

Arikunto Suharsimi (1998:236) mengatakan bahwa dalam penelitian komparasi dapat menemukan persamaan-persamaan dan perbedaan-perbedaan tentang benda-benda, tentang orang, prosedur kerja, ide-ide, kritik terhadap orang, kelompok, terhadap suatu ide atau prosedur kerja. Dapat juga membandingkan kesamaan pandangan dan perubahan-perubahan pandangan orang, grup atau negara, terhadap kasus, terhadap orang, peristiwa atau terhadap ide-ide.

Dalam penelitian ini akan dibahas mengenai analisis komparatif tentang APBN, yaitu mengenai belanja negara di sektor kesehatan pada masa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dan kepemimpinan Presiden Jokowi. Nana Syaedih Sukmadinata (2008:56) mengatakan bahwa penelitian komparatif diarahkan untuk mengetahui apakah antara dua atau lebih dari dua kelompok ada perbedaan dalam aspek atau variabel yang diteliti.

Penelitian dilakukan secara alamiah, peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan instrumen yang bersifat mengukur. Hasilnya dianalisis secara statistik untuk mencari perbedaan antara variabel yang diteliti.

Menurut Sudijono Anas (2009: 273 dan 287) penelitian komparasi pada intinya adalah penelitian yang berusaha untuk menemukan persamaan dan perbedaan tentang benda, orang, prosedur kerja, ide, kritik terhadap orang atau kelompok, terhadap suatu ide atau prosedur kerja. Dapat juga digunakan untuk membandingkan kesamaan pandangan dan perubahan pandangan orang, grup atau negara terhadap kasus, peristiwa atau ide.

3.2. Ruang Lingkup

Ruang lingkup atau fokus penelitian dalam penelitian ini adalah menganalisis belanja negara sektor kesehatan pada masa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dan pada masa kepemimpinan Presiden Jokowi.

3.3 Defenisi Operasional

Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara Indonesia yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat. APBN berisi daftar sistematis dan terperinci yang memuat rencana penerimaan dan pengeluaran negara selama satu tahun anggaran (1 Januari-31 Desember). APBN, perubahan APBN, dan pertanggungjawaban APBN setiap tahun ditetapkan dengan Undang-Undang. APBN terdiri dari pendapatan negara dan hibah, belanja negara, dan pembiayaan adalah merupakan instrumen utama kebijakan fiskal untuk mengarahkan perekonomian nasional dan menstimulus pertumbuhan ekonomi sehingga besarnya penyerapan akan

berdampak pada semakin besarnya daya dorong terhadap pertumbuhan dan sebaliknya. Kebijakan APBN diharapkan dapat merespon dinamika rakyat, baik yang terkait dengan perkembangan perekonomian secara luas, maupun perkembangan kehidupan rakyat itu sendiri, sehingga diperlukan kebijakan fiskal yang fleksibel (Lestari, 2011). Secara garis besar struktur APBN adalah:

- 1) Pendapatan Negara dan Hibah,
- 2) Belanja Negara,
- 3) Keseimbangan Primer,
- 4) Surplus/Defisit Anggaran,
- 5) Pembiayaan.

Belanja Negara adalah kewajiban pemerintah pusat yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih. Belanja Negara terdiri atas Belanja Pemerintah Pusat, dan Transfer ke Daerah.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan dan pengolahan data dalam penelitian ini adalah :

- 1) Dokumentasi adalah pengumpulan data yang diperoleh langsung melalui website Kementerian Keuangan Indonesia dan data lainnya yang bersumber dari internet.
- 2) Kepustakaan adalah mengumpulkan data dan informasi dari buku – buku atau literatur yang lainnya yang berkaitan dengan penelitian.

3.5 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis deskriptif. Peneliti menganalisa seluruh data yang relevan dengan objek penelitian, yaitu laporan APBN yang disediakan di website resmi Kementerian Keuangan Indonesia, dokumen lain, serta informasi-informasi lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini. Selanjutnya mencari jumlah belanja negara untuk sektor kesehatan dari tahun 2004 (awal pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono) hingga tahun 2016.

Kemudian data dianalisis dan dibandingkan antara data pada masa kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dengan masa kepemimpinan Presiden Jokowi. Setelah menganalisis data maka selanjutnya yaitu menganalisis penyebab – penyebab umum perubahan nilai belanja negara untuk sektor kesehatan dari tahun 2004 sampai 2016.

BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1 APBN Sektor Kesehatan

4.1.1 Belanja Pemerintah Pusat

1) Anggaran Belanja Kementerian Negara dan Lembaga (K/L)

Klasifikasi belanja pemerintah pusat menurut organisasi disesuaikan dengan susunan organisasi Kementerian Negara/Lembaga (K/L) pemerintah pusat. Setelah beberapa kali dilakukan perubahan dan penyempurnaan, hingga tahun 2014 terdapat 86 organisasi K/L, yang terdiri atas 34 kementerian, 37 lembaga pemerintah, 6 lembaga negara, dan 6 lembaga nonstruktural.

a. Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) adalah kementerian dalam Pemerintah Indonesia yang membidangi urusan kesehatan. Kementerian Kesehatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Kementerian Kesehatan dipimpin oleh seorang Menteri Kesehatan (Menkes). Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan untuk membantu

Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam melaksanakan tugas, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan kefarmasian dan alat kesehatan;
2. Koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan kementerian kesehatan;
3. Pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab kementerian kesehatan;
4. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan;
5. Pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan serta pengelolaan tenaga kesehatan;
6. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan kementerian kesehatan di daerah;
7. Pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan kementerian kesehatan; dan
8. Pelaksanaan dukungan substantif kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan kementerian kesehatan

Kementerian Kesehatan merupakan salah satu K/L yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang diperoleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.1

Anggaran Kementerian Kesehatan

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	30,6	37,77
		2013	35,2	
		2014	47,5	
2	Jokowi	2015	47,8	56,27
		2016	62,7	
		2017	58,3	
Selisih				18,50
Perubahan %				48,98

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa Kementerian Kesehatan memperoleh anggaran yang terus meningkat dari tahun 2012 hingga 2017. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 18,50 triliun. Nilai ini sangat besar karena perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi juga meningkat sebesar 48,98%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran Kementerian Kesehatan.

b. Badan POM

Badan Pengawas Obat dan Makanan atau disingkat Badan POM adalah sebuah lembaga di Indonesia yang bertugas mengawasi peredaran obat-obatan dan makanan di Indonesia. Badan POM berfungsi antara lain:

1. Pengaturan, regulasi, dan standardisasi
2. Lisensi dan sertifikasi industri di bidang farmasi berdasarkan cara-cara Produksi yang Baik
3. Evaluasi produk sebelum diizinkan beredar
4. Post marketing vigilance termasuk sampling dan pengujian laboratorium, pemeriksaan sarana produksi dan distribusi, penyidikan dan penegakan hukum.
5. Pre-audit dan pasca-audit iklan dan promosi produk
6. Riset terhadap pelaksanaan kebijakan pengawasan obat dan makanan;
7. Komunikasi, informasi dan edukasi publik termasuk peringatan publik.

Menurut Website Resmi BPOM, Arah Kebijakan dan Strategi

1. Penguatan Sistem Pengawasan Obat dan Makanan berbasis risiko untuk melindungi masyarakat. Penguatan Sistem Pengawasan Obat dan Makanan berbasis risiko dimulai dari perencanaan yang diarahkan berdasar pada aspek teknis, ekonomi, sosial dan spasial. Aspek-aspek tersebut dilakukan dengan pendekatan analisis risiko yaitu dengan memprioritaskan pengawasan kepada hal-hal yang berdampak risiko lebih besar agar pengawasan yang dilakukan lebih optimal. Selain itu, penguatan sistem pengawasan Obat dan Makanan juga didorong untuk

meningkatkan perlindungan kepada kelompok rentan meliputi balita, anak usia sekolah, dan penduduk miskin.

2. Peningkatan pembinaan dan bimbingan dalam rangka mendorong kemandirian pelaku usaha dalam memberikan jaminan keamanan dan daya saing produk Obat dan Makanan. Sejalan dengan Revolusi Mental, diharapkan BPOM dapat meningkatkan kemandirian ekonomi utamanya daya saing Obat dan Makanan. Pendekatan dalam kebijakan ini meliputi antara lain penerapan Risk Management Program secara mandiri dan terus menerus oleh produsen Obat dan Makanan. Ketersediaan tenaga pengawas merupakan tanggung jawab produsen. Namun BPOM perlu memfasilitasi pemenuhan kualitas sumber daya pengawas tersebut melalui pembinaan dan bimbingan, pelatihan, maupun media informasi, serta verifikasi kemandirian tersebut.
3. Peningkatan Kerjasama, Komunikasi, Informasi dan Edukasi publik melalui kemitraan pemangku kepentingan dan partisipasi masyarakat dalam pengawasan Obat dan Makanan. Menyadari keterbatasan BPOM, baik dari sisi kelembagaan maupun sumber daya yang tersedia (SDM maupun pembiayaan), maka kerjasama kemitraan dan partisipasi masyarakat adalah elemen kunci yang harus dipastikan oleh BPOM dalam pelaksanaan tugas dan fungsi pengawasan Obat dan Makanan. Pemerintah daerah dan masyarakat juga dituntut untuk ikut andil dan terlibat aktif dalam pelaksanaan pengawasan tersebut. Dalam hal ini BPOM mestinya jeli dan proaktif dalam mendorong kerjasama dan

kemitraan dengan melibatkan berbagai kelompok kepentingan dalam dan luar negeri, baik dari unsur pemerintah, pelaku usaha (khususnya Obat dan Makanan), asosiasi pihak universitas/akademisi, media dan organisasi masyarakat sipil terkait lainnya, dalam upaya memastikan bahwa Obat dan Makanan yang beredar di masyarakat itu aman untuk dikonsumsi.

4. Penguatan kapasitas kelembagaan pengawasan Obat dan Makanan melalui penataan struktur yang kaya dengan fungsi, proses bisnis yang tertata dan efektif, budaya kerja yang sesuai dengan nilai organisasi serta pengelolaan sumber daya yang efektif dan efisien. Kebijakan ini mengarahkan pada pengelolaan sumber daya internal secara efektif dan efisien, dengan fokus pada 8 (delapan) area reformasi birokrasi untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis, dan terpercaya. Pengelolaan persediaan, penataan aset, penguatan kapasitas laboratorium, penguatan sistem informasi teknologi untuk mendukung pelayanan publik, pengembangan SIPT sebagai aplikasi knowledge base dalam mendukung risk based control, penguatan sistem perencanaan dan penganggaran, serta implementasi keuangan berbasis akrual perlu menjadi penekanan/agenda prioritas.

Badan POM merupakan salah satu K/L yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang diperoleh Badan POM sejak tahun 2012 sampai 201

Tabel. 4.2**Anggaran Badan POM**

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	1,1	1,07
		2013	1,1	
		2014	1	
2	Jokowi	2015	1,2	1,63
		2016	1,6	
		2017	2,1	
Selisih				0,57
Perubahan %				53,13

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa Badan POM memperoleh anggaran yang berfluktuasi dari tahun 2012 hingga 2017. Namun terlihat jelas bahwa di era Kepemimpinan Jokowi nilai anggaran untuk Badan POM lebih besar daripada Kepemimpinan SBY. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 0,57 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah meningkat sebesar 53,13%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran Badan POM.

c. BKKBN

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (dahulu Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional), disingkat BKKBN, adalah Lembaga Pemerintah Non Departemen Indonesia yang bertugas melaksanakan tugas pemerintahan di bidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera. Tugas utama BKKBN adalah Melaksanakan tugas pemerintahan dibidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sementara itu BKKBN memiliki kewenangan untuk:

1. Penyusunan rencana nasional secara makro dibidangnya.
2. Perumusan kebijakan dibidangnya untuk mendukung pembangunan secara makro.
3. Perumusan kebijakan pengendalian angka kelahiran dan penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak.
4. Penetapan sistem informasi dibidangnya.
5. Kewenangan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yaitu :
 - Perumusan dan pelaksanaan kegiatan tertentu dibidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera
 - Perumusan pedoman pengembangan kualitas keluarga

BKKBN merupakan salah satu K/L yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang diperoleh BKKBN sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.3**Anggaran BKKBN**

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	2,2	2,37
		2013	2,4	
		2014	2,5	
2	Jokowi	2015	3,3	3,83
		2016	3,9	
		2017	4,3	
Selisih				1,47
Perubahan %				61,97

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa BKKBN memperoleh anggaran yang terus meningkat dari tahun 2012 hingga 2017 dan anggaran yang terbesar diperoleh BKKBN di tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 4,3 triliun. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 1,47 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi meningkat sebesar 61,97%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran BKKBN.

d. K/L Lainnya

Anggaran untuk K/L lainnya yang terdapat dalam sektor kesehatan sejak tahun 2012 sampai 2017 adalah:

Tabel. 4.4

Anggaran K/L Lainnya

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	4,6	4,90
		2013	5	
		2014	5,1	
2	Jokowi	2015	5	5,10
		2016	5,1	
		2017	5,2	
Selisih				0,20
Perubahan %				4,08

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa K/L lainnya memperoleh anggaran yang meningkat di masing-masing era Kepemimpinan SBY dan Jokowi. Namun terlihat jelas bahwa di era Kepemimpinan Jokowi nilai anggaran untuk K/L lainnya lebih besar daripada Kepemimpinan SBY. Selisih rata-rata anggaran antara era

Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 0,20 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi juga sedikit meningkat yaitu sebesar 4,08%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran K/L lainnya.

2) Anggaran Belanja Non Kementerian Negara dan Lembaga (K/L)

a. Askes PNS dan Tunjangan Kesehatan Veteran

Anggaran untuk Askes PNS dan juga tunjangan kesehatan para veteran sejak tahun 2012 sampai 2017 adalah:

Tabel. 4.5

Anggaran Askes PNS dan Tunjangan Kesehatan Veteran

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	2,6	3,50
		2013	3	
		2014	4,9	
2	Jokowi	2015	5,3	5,20
		2016	5,9	
		2017	4,4	
Selisih				1,70
Perubahan %				48,57

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa Askes PNS dan tunjangan kesehatan veteran memperoleh anggaran yang berfluktuatif di masing-masing era Kepemimpinan SBY dan Jokowi. Namun terlihat jelas bahwa di era Kepemimpinan Jokowi nilai anggaran untuk K/L lainnya lebih besar daripada Kepemimpinan SBY. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 1,70 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi juga sedikit meningkat yaitu sebesar 48,57%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran Askes PNS dan tunjangan kesehatan veteran.

A. Transfer Ke Daerah

Transfer ke daerah merupakan belanja negara yang diberikan kepada daerah untuk mendanai pelaksanaan desentralisasi fiskal dan otonomi daerah, serta pembangunan desa.

Transfer ke daerah diarahkan untuk mempercepat pembangunan daerah dan meningkatkan kualitas pelayanan publik di daerah serta mengurangi ketimpangan pelayanan publik di daerah.

Transfer ke daerah juga diperuntukkan untuk meningkatkan kemampuan keuangan daerah (*fiscal imbalance*), mengurangi perbedaan keuangan antara pusat dan daerah serta antardaerah, mendukung kesinambungan fiskal nasional, serta meningkatkan sinkronisasi antara rencana pembangunan nasional dan rencana pembangunan daerah. Dana ini digunakan

untuk pengadaan infrastruktur kesehatan dan pengadaan obat dan perbekalan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan pada pelayanan kesehatan primer. Pengadaan infrastruktur kesehatan yang meliputi: Pembangunan Puskesmas; Pembangunan Puskesmas Perawatan; Pembangunan Pos Kesehatan Desa; Pengadaan Puskesmas Keliling Perairan; dan Pengadaan Kendaraan roda dua untuk Bidan Desa. Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan dapat dimanfaatkan untuk peningkatan fasilitas rumah sakit provinsi, kabupaten/kota, antara lain: 1. Peningkatan fasilitas tempat tidur kelas III RS; 2. Pemenuhan peralatan unit transfusi darah RS dan bank darah RS; 3. Peningkatan fasilitas instalasi gawat darurat RS; 4. Peningkatan sarana prasarana dan pengadaan peralatan kesehatan untuk program pelayanan obstetric neonatal emergency komprehensif (PONEK) di RS; dan 5. Pengadaan peralatan pemeriksaan kultur M. Tuberculosis di BLK provinsi.

Untuk kabupaten/kota, alokasi DAK ditujukan untuk 2 (dua) kegiatan, yaitu: pemenuhan pelayanan dasar dan pelayanan rujukan. Pelayanan dasar yaitu berupa pemenuhan kesehatan dasar dan pengadaan obat dan perbekalan kesehatan. Untuk pemenuhan kesehatan dasar, DAK diberikan kepada 405 kabupaten/kota, sementara untuk obat dan perbekalan kesehatan diberikan kepada 378 kabupaten/kota.

1) DAK Kesehatan

DAK Bidang Kesehatan adalah dana yang dialokasikan dalam APBN kepada daerah dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan

yang merupakan urusan daerah sesuai dengan prioritas nasional. DAK kesehatan merupakan salah satu dana transfer ke daerah yang terdapat dalam sektor kesehatan. Kementerian Kesehatan RI menjelaskan bahwa arah dari kebijakan DAK kesehatan adalah untuk:

- Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kefarmasian, pelayanan keluarga berencana, kesehatan reproduksi, dan peningkatan kegiatan promotif preventif dalam rangka mendukung Program Indonesia Sehat, terutama untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat
- Meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui: 1. Pembangunan, perbaikan, peningkatan sarana prasarana dan peralatan Puskesmas dan jaringannya; 2. Pemenuhan fasilitas sarana prasarana dan peralatan di Rumah Sakit Rujukan Nasional Provinsi dan Kabupaten/Kota; 3. Mendukung ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan; 4. Penyediaan sarana prasarana pelayanan dan penyuluhan KB yang bermutu, merata dan terjangkau di pelayanan kesehatan di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Berikut data belanja negara yang dialokasikan untuk DAK kesehatan sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.6
Anggaran DAK Kesehatan

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	3	3,03
		2013	3	
		2014	3,1	
2	Jokowi	2015	3,4	9,13
		2016	11,7	
		2017	12,3	
Selisih				6,10
Perubahan %				201,10

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi dana yang diberikan untuk DAK Kesehatan meningkat dari tahun 2013 hingga 2017 dan anggaran yang terbesar diperoleh di tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 12,3 triliun. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 6,10 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi meningkat sebesar 201,10%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran DAK kesehatan.

2) DAK Air Minum dan Sanitasi

Arah kebijakan untuk subbidang Air minum adalah untuk mendukung peningkatan cakupan pelayanan air minum untuk pencapaian Akses Air Minum Nasional 100% pada Tahun 2019 dengan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dan memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) penyediaan air minum.

Sementara itu Arah kebijakan untuk subbidang sanitasi adalah untuk:

1. Meningkatkan cakupan pelayanan sanitasi terutama untuk sarana pengelolaan air limbah, yang berupa sarana komunal berbasis masyarakat atau penambahan sambungan rumah terhadap sistem terpusat untuk kabupaten/kota yang sudah memiliki sistem terpusat skala kota maupun skala kawasan. Bila suatu desa/kelurahan sudah ODF/SBS (Stop BAB Sembarangan) opsi persampahan dapat dipilih.
2. Didasarkan kepada kesiapan daerah dalam melaksanakan pembangunan sanitasinya.

DAK Air Minum dan Sanitasi merupakan salah satu dana transfer ke daerah yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang dialokasikan untuk DAK Air Minum dan Sanitasi sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.7**Anggaran DAK Air Minum dan Sanitasi**

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	0,5	0,63
		2013	0,6	
		2014	0,8	
2	Jokowi	2015	2,5	1,93
		2016	0,8	
		2017	2,5	
Selisih				1,30
Perubahan %				205,26

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi dana yang diberikan untuk DAK Air Minum dan Sanitasi berfluktuasi dari tahun 2012 hingga 2017 dan anggaran yang terbesar diperoleh di tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 2,5 triliun. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 1,30 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi meningkat sebesar 205,26%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran DAK Air Minum dan Sanitasi.

3) DAK Keluarga Berencana

DAK Keluarga Berencana merupakan salah satu dana transfer ke daerah yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang dialokasikan untuk DAK Keluarga Berencana sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.8

Anggaran DAK Keluarga Berencana

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	0,4	0,43
		2013	0,4	
		2014	0,5	
2	Jokowi	2015	0,6	4,07
		2016	4,7	
		2017	6,9	
Selisih				3,63
Perubahan %				838,46

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi dana yang diberikan untuk DAK Keluarga Berencana meningkat dari tahun 2014 hingga 2017 dan anggaran yang terbesar diperoleh di tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 6,9 triliun. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan

SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 3,63 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi meningkat sebesar 838,46%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran DAK Keluagra Berencana.

4) Dana Otsus

Dana (otsus) otonomi khusus adalah dana yang dialokasikan untuk membiayai pelaksanaan otonomi khusus suatu daerah, sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2008 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2008 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua menjadi Undang-Undang dan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.

DAK otonomi khusus merupakan salah satu dana transfer ke daerah yang terdapat dalam sektor kesehatan. Berikut data belanja negara yang dialikasikan untuk DAK otonomi khusus sejak tahun 2012 sampai 2017.

Tabel. 4.9**Anggaran DAK Otonomi Khusus**

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	1,6	1,87
		2013	2	
		2014	2	
2	Jokowi	2015	2,1	5,93
		2016	7,7	
		2017	8	
Selisih				4,07
Perubahan %				217,86

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa alokasi dana yang diberikan untuk DAK otonomi khusus tidak pernah menurun dari tahun 2012 hingga 2017 dan anggaran yang terbesar diperoleh di tahun 2017 yaitu sebesar Rp. 8 triliun. Selisih rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi adalah sebesar Rp. 4,07 triliun. Perubahan rata-rata anggaran antara era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi meningkat sebesar 217,86%. Maka dengan data ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata anggaran di era Kepemimpinan SBY dengan Jokowi untuk anggaran DAK otonomi khusus.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil temuandalam penelitian ini diketahui bahwa di masing-masing bagian yang ada di dalam sektor kesehatan menunjukkan data belanja kesehatan meningkat di masa kepemimpinan Jokowi karena di masa kepemimpinan SBY dana belanja negara sektor kesehatan cenderung rendah. Data total anggaran belanja negara untuk sektor kesehatan dapat dilihat berdasarkan tabel berikut.

Tabel. IV.10

Total Anggaran Belanja Kesehatan

Dalam triliun Rupiah

No	Presiden	Tahun	Anggaran	Rata-Rata
1	SBY	2012	46,6	55,60
		2013	52,7	
		2014	67,5	
2	Jokowi	2015	71,1	93,07
		2016	104,1	
		2017	104	
Selisih				37,47
Perubahan %				67,39

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia

Di masa kepemimpinan Presiden SBY (tahun 2012-2014) jumlah rata-rata anggaran belanja kesehatan negara hanya berada di angka Rp. 55,60 triliun, namun di masa kepemimpinan Presiden Jokowi anggaran belanja kesehatan

negara melonjak naik ke angka Rp. 93,07 triliun. Bahkan untuk pertama kalinya anggaran belanja negara bidang kesehatan naik hingga angka di atas Rp. 100 triliun untuk tahun 2016 dan 2017. Selisih dari jumlah rata-rata dana anggaran belanja kesehatan negara di era kepemimpinan Presiden Jokowi dan Presiden SBY adalah sebesar Rp. 37,47 triliun. Dan perubahan dana anggaran belanja kesehatan negara meningkat sebesar 67,39% di era kepemimpinan Presiden Jokowi dari di era kepemimpinan Presiden SBY.

Dengan semakin meningkatnya dana anggaran belanja kesehatan negara ini Kementerian Kesehatan akan memakai anggaran itu untuk memperkuat puskesmas sebagai fasilitas kesehatan primer dan pemberdayaan warga. Program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dengan pendekatan keluarga juga akan digalakkan. Harapannya, puskesmas jadi penjaga gawang beragam penyakit yang tak perlu dirujuk.

Dalam konsep pembangunan nasional, Berdasarkan Permenkes No 82 Tahun 2015 Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melaksanakan Program Indonesia Sehat yang bertujuan untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam lingkungan hidup yang sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya perilaku hidup sehat sehingga terwujudnya bangsa yang mandiri, maju dan sejahtera.
2. Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat di bidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pelaksanaan program Indonesia Sehat ini memerlukan kerangka regulasi dan kebijakan pembiayaan pembangunan kesehatan yang komprehensif antar pemerintah dan antar pelaku pembangunan kesehatan.

Dalam mencapai tujuan nasional Bangsa Indonesia sesuai Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial, maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui SKN sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), upaya pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer sebagai terobosan pemantapan dan percepatan peningkatan pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, Jaminan Kesehatan Semesta, dan program lainnya.

Dengan meningkatnya anggaran belanja negara di bidang kesehatan diharapkan bagian-bagian yang telah diberi amanat untuk mengelola anggaran tersebut dapat memaksimalkan anggaran yang diberikan untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan mendukung pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pembangunan kesehatan dihadapkan pada berbagai permasalahan penting antara lain disparitas status kesehatan; beban ganda penyakit; kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan; serta perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa masalah penting lainnya yang perlu ditangani segera adalah peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan.

Langkah-langkah yang telah ditempuh adalah peningkatan akses kesehatan terutama bagi penduduk miskin melalui pelayanan kesehatan gratis; peningkatan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular termasuk polio dan flu burung; peningkatan kualitas, keterjangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar; peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan; penjaminan

mutu, keamanan dan khasiat obat dan makanan; penanganan kesehatan di daerah bencana; serta peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Sebagai tindak lanjut, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan; meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat; meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit; meningkatkan keadaan gizi masyarakat; dan meningkatkan penanganan masalah kesehatan di daerah bencana .

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan mengenai “Analisis Studi Komparatif APBN: Perkembangan Belanja Negara Sektor Kesehatan Kepemimpinan Susilo Bambang Yudhoyono dan Jokowi” sebagai berikut:

- a. Dari semua aspek yang terdapat dalam bidang kesehatan (belanja pemerintah pusat dan transfer ke daerah) tahun 2012 sampai tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan anggaran belanja negara bidang kesehatan yang nyata di tahun 2015-2017 yaitu pada era Kepemimpinan Presiden Jokowi dari era kepemimpinan Presiden SBY (2012-2014).
- b. Jumlah rata-rata total anggaran belanja negara bidang kesehatan di era kepemimpinan Presiden SBY adalah sebesar Rp. 55.60 triliun yaitu tahun 2012, 2013 dan 2014.
- c. Jumlah rata-rata total anggaran belanja negara bidang kesehatan di era kepemimpinan Presiden Jokowi adalah sebesar Rp. 93.07 triliun yaitu tahun 2015, 2016 dan 2017.
- d. Selisih dari jumlah rata-rata dana anggaran belanja kesehatan negara di era kepemimpinan Presiden Jokowi dan Presiden SBY adalah sebesar Rp. 37,47 triliun. Dan perubahan dana anggaran belanja kesehatan negara meningkat sebesar 67,39% di era kepemimpinan Presiden Jokowi dari di era kepemimpinan Presiden SBY

5.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan dalam penelitian ini, maka saran yang diberikan adalah:

- a. Dengan semakin meningkatnya dana anggaran belanja negara untuk sektorkesehatan maka diharapkan lembaga-lembaga dan kementerian yang terlibat dalam sektor kesehatan mampu memaksimalkan anggaran yang diberikan dan juga mampu mempertanggungjawabkan dana anggaran tersebut agar tujuan kepemimpinan Presiden dapat terwujud.
- b. Dengan semakin meningkatnya dana transfer untuk anggaran kesehatan yang diberikan ke daerah, diharapkan daerah dapat memanfaatkan secara maksimal dana tersebut untuk kepentingan yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam sektor kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditiasari, Dana. (2015). Kemenhub: Masyarakat Senang Pakai Ojek Digital Mesti Rawan Kecelakaan.
- Anas, Sudijono. (2009). Pengantar Statistik Pendidikan. Jakarta: Rajagrafindo.
- Aprianto, (2017). Peningkatan Sarana dan Kualitas Bidang Kesehatan Era SBY Meningkatkan 6 Kali Lipat.
- Arikunto, Suharsimi. (1998). Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta : Rineka Cipta.
- Dana Aditiasari, (2015). Anggaran Kesehatan 2016 Naik 43%, Ini Fokus Pemerintah
- Departemen Keuangan. (2004). Nota Keuangan dan Rencana Anggaran Pendapatan Belanja Negara
- Fiki Ariyanti, (2015). Pertama Kali, Alokasi Anggaran Kesehatan Tembus Rp 100 Triliun.
- George R. Terry, (2003), Prinsip-prinsip Manajemen, PT. Bumi Aksara
- Janji Mustawa, (2015). Evaluasi Kebijakan Anggaran Belanja Negara (Studi Kasus Anggaran Belanja Kementerian Kesehatan Dalam Mencapai Target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Bidang Kesehatan Tahun (2010-2014). Jurnal. Ilmu Politik Universitas Brawijaya.
- Jaya Nasti, (2016). Program BPJS Kesehatan, Keberhasilan Nyata Jokowi di Bidang Kesra.
- Kemenkes Republik Indonesia. (2016). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI
- Khusaini, Mohammad. (2006). Ekonomi Publik Desentralisasi Fiskal dan Pembangunan Daerah. Malang: BPFU Universitas Brawijaya.
- Lestari, Sri Rahayu. (2011). Outlook Penyerapan Belanja Kementrian/Lembaga. Jurnal Keuangan Publik. Pusat Kebijakan APBN Badan Kebijakan Fiskal.
- Mangkoesebroto, Guritno. (2000). Ekonomi Publik. Yogyakarta: FE UGM.
- Mangkoesebroto, Guritno. (2001). Ekonomi Publik. Yogyakarta : FE UGM.

- Marsudi Gorahe, (2013). Analisis Belanja Daerah dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya di Provinsi Sulawesi Utara. Jurnal. Fakultas Ekonomi Dan Bisnis, Jurusan Ilmu Ekonomi Pembangunan Universitas Sam Ratulangi Manado
- Nana Syaodih Sukmadinata. (2008). Landasan Psikologi Proses Pendidikan. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Pasaribu, Rowlan B.F. (2012). Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Universitas Gunadarma.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. Nomor 21 Tahun 2004. Tentang Penyusunan Rencana Kerja Dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. Nomor 20 Tahun 2004. Tentang Rencana Kerja Pemerintah.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akutansi Pemerintahan.
- Setjen DPR-RI, (2013). Belanja Fungsi Kesehatan Dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Biro Analisa Anggaran dan Pelaksanaan APBN.
- Silalahi, Ulber. (2005). Metode Penelitian Sosial, Bandung: PT. Refika Aditama.
- Sugiyono, "Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D", Cetakan Ke-10, Alfabeta, Bandung.
- Sukirno, Sadono. (2002). Makro Ekonomi. Jakarta :Raja Grafindo Persada.
- Suparmoko, M. (2002). Ekonomi Publik, Untuk Keuangan dan Pembangunan Daerah. Andi. Yogyakarta
- Suraji. (2012). Mengkaji Substansi Politik Anggaran. Yogyakarta: Matapenainstitute. hal. 4
- Tamara Sakti dkk, (2014). Perekonomian Indonesia anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN). Makalah. Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Muhammadiyah Malang.
- Undang-Undang Republik Indonesia. Pasal 170 Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan-Pembiayaan Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia. Pasal 171 Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan-Pembiayaan Kesehatan.