

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan yaitu satu diantara instrumen strategis pada kebijakan fiskal pemerintah Indonesia untuk mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan nasional. Sebagai bagian dari transfer dana ke daerah, Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan bagian dari kebijakan perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Landasan hukumnya diatur pertama kali dalam UU No. 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah serta PP Nomor 104 Tahun 2000. Pemerintah pusat menetapkan Dana Alokasi Khusus (DAK) sebagai instrumen untuk menjawab kebutuhan spesifik daerah yang tidak tercakup dalam Dana Alokasi Umum. Kebijakan ini bertujuan menurunkan ketimpangan fiskal serta mempercepat pembangunan yang merata antar wilayah (Ramadhan, 2020).

Kebijakan perimbangan keuangan ini dilatarbelakangi oleh bentuk Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) yang menerapkan sistem desentralisasi. Dalam praktiknya, desentralisasi menimbulkan potensi ketidakseimbangan (imbalances) antara kewenangan pemerintahan yang dilimpahkan kepada daerah dengan kapasitas pendapatan daerah yang seringkali masih terbatas (Shah, 2006). Oleh karena itu, DAK diharapkan dapat mengurangi disparitas fiskal dan mendorong pemerataan pembangunan di seluruh wilayah Indonesia (Ramadhan, 2020).

Pada Pasal 40 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 mengatur bahwa DAK ditetapkan dengan mengikuti tiga kriteria, yakni kriteria umum, khusus, dan teknis. Kriteria umum ditetapkan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah dalam APBD. Kriteria khusus ditetapkan dengan memperhatikan peraturan perundangan dan karakteristik daerah. Sementara itu, kriteria teknis ditetapkan oleh kementerian negara atau departemen teknis. Penetapan tiga kriteria untuk pemilihan daerah penerima DAK di atas ini adalah tahap pertama dari dua tahap penghitungan alokasi

DAK sebagaimana dinyatakan oleh Pasal 54 PP 55/2005. Tahap berikutnya adalah penentuan besar alokasi DAK untuk masing-masing daerah, yang selanjutnya ditetapkan oleh suatu Peraturan Menteri Keuangan paling lambat dua minggu setelah UU APBN disahkan. Di tingkat daerah nilai alokasi ini dicantumkan dalam APBD (Pasal 60) bersama-sama dengan penyertaan dana pendamping 10 persen dari nilai DAK yang diterima (Pasal 61).

DAK dibagi menjadi dua yaitu DAK Fisik dan DAK Non Fisik, Dana Alokasi Khusus Fisik dimaksudkan untuk membiayai kegiatan khusus seperti kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan dasar masyarakat yang sifatnya fisik dan perlu didukung untuk mencapai standar tertentu serta dapat mendorong percepatan pembangunan daerah. Berdasarkan kegunaannya, DAK Fisik dibagi menjadi tiga jenis, yaitu DAK Fisik Reguler, diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesejahteraan masyarakat melalui pemenuhan pelayanan dasar dan pemerataan ekonomi, DAK Fisik Penugasan diarahkan untuk mendukung pencapaian prioritas nasional yang menjadi kewenangan daerah dengan lingkup kegiatan spesifik dan lokasi prioritas tertentu.

DAK Fisik Afirmasi diarahkan untuk mempercepat pembangunan infrastruktur dan pelayanan dasar pada lokasi prioritas yang termasuk kategori daerah perbatasan, kepulauan, tertinggal dan transmigrasi (Area/Spatial Based), DAK Fisik terdiri dalam 15 bidang yaitu Pendidikan, Kesehatan dan keluarga berencana, pertanian, kelautan dan perikanan, perumahan dan pemukiman, industri kecil dan menengah, pariwisata, jalan, irigasi, air minum, sanitasi, pasar, transportasi, energi skala kecil, dan lingkungan hidup dan kehutanan. Dana Alokasi Khusus Nonfisik yang selanjutnya disebut DAK Nonfisik adalah DAK yang dialokasikan untuk membantu operasionalisasi layanan publik Daerah yang penggunaannya telah ditentukan oleh pemerintah. Bidang Pendidikan ada Dana BOS, serta Dana Tunjangan Guru dan ASN Daerah. Bidang Kesehatan ada Dana BOK Puskesmas serta Dana BOK Untuk Dinas dan DAK Non fisik Jenis Lainnya untuk Pemda (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2020)

Adapun DAK Fisik Kesehatan adalah dana yang digunakan untuk pembangunan fisik sarana dan prasarana kesehatan, sedangkan DAK Nonfisik Kesehatan adalah dana yang digunakan untuk membiayai operasional kesehatan. DAK Kesehatan dialokasikan secara khusus untuk mendanai kebutuhan prioritas di bidang kesehatan, terutama di wilayah yang memiliki keterbatasan sumber daya dan infrastruktur (Lubis et al., 2024). Dana ini bermaksud untuk meningkatkan akses serta kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, utamanya di daerah tertinggal yang masih mengalami berbagai keterbatasan dalam fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan sarana pendukung lainnya (Sinaga et al., 2023). DAK Kesehatan sendiri mulai dialokasikan secara eksplisit dalam APBN sejak 2003 (untuk kegiatan non-dana reboisasi). Melalui DAK Kesehatan, pemerintah pusat menyalurkan dana ke daerah untuk meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan, khususnya di rumah sakit daerah, puskesmas, serta layanan kesehatan di wilayah perbatasan dan daerah tertinggal, namun DAK Kesehatan, fokusnya tidak semata-mata pada daerah tertinggal, tetapi juga pada wilayah yang memiliki permasalahan kesehatan prioritas dan keterbatasan akses layanan kesehatan. Artinya, penetapan prioritas alokasi DAK Kesehatan tidak hanya didasarkan pada status kabupaten sebagai daerah tertinggal, melainkan juga mempertimbangkan status pembangunan desa (melalui IDM), beban penyakit, jumlah penduduk, dan ketersediaan sarana-prasarana kesehatan di wilayah tersebut. Dengan demikian, DAK Kesehatan tidak eksklusif hanya untuk daerah tertinggal, namun daerah tertinggal biasanya menjadi prioritas utama mengingat keterbatasan fasilitas dan tingkat kesejahteraan masyarakatnya (Ramadhan, 2020).

Penetapan daerah tertinggal secara resmi mengacu pada Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020–2024. Dalam peraturan ini dijelaskan bahwa daerah tertinggal adalah kabupaten yang wilayah serta masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional. Adapun kriteria penetapan suatu daerah sebagai daerah tertinggal meliputi: Perekonomian masyarakat, Sumber daya manusia, Sarana

dan prasarana, Kemampuan keuangan daerah, Aksesibilitas, dan Karakteristik daerah. Berdasarkan kriteria tersebut, Pemerintah menetapkan 62 kabupaten sebagai daerah tertinggal pada periode 2020-2024. Daerah-daerah ini tersebar di berbagai wilayah Indonesia, seperti Kabupaten Nias di Sumatera Utara, Kabupaten Kepulauan Mentawai di Sumatera Barat, dan Kabupaten Lombok Utara di Nusa Tenggara Barat. Penetapan ini menurut kriteria contohnya karakteristik daerah, aksesibilitas, kemampuan keuangan daerah, infrastruktur, sumber daya manusia, serta perekonomian masyarakat. Kondisi geografis yang sulit, kurangnya fasilitas pendidikan, dan rendahnya tingkat kesehatan masyarakat menjadi tantangan utama yang dihadapi daerah-daerah tersebut (Perpres No. 63, 2020). Menurut Pasal 3 Perpres No. 63, 2020 Pemerintah menetapkan Daerah Tertinggal setiap 5 (lima) tahun sekali secara nasional berdasarkan kriteria, indikator, dan sub indikator ketertinggalan daerah. Menteri melakukan evaluasi terhadap Daerah Tertinggal secara berkala sesuai dengan jangka waktu perencanaan Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal, adapun Daerah tertinggal dapat dinyatakan tidak lagi sebagai daerah tertinggal dalam hal hasil evaluasi yang meliputi penghitungan indeks komposit dan analisis kualitatif sesuai dengan target rencana pembangunan jangka menengah (Perpres No. 63, 2020).

Daerah tertinggal biasanya mengalami berbagai masalah, salah satunya yaitu keterbelakangan kesehatan. Untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan diperlukan indikator. Derajat kesehatan merupakan salah satu kelompok penting indikator Indonesia sehat atau merupakan indikator hasil. Gambaran tentang derajat kesehatan meliputi indikator Mortalitas (kematian), Morbiditas (Kesakitan), dan Status Gizi. Angka mortalitas dapat dilihat dari Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup. Angka Morbiditas dilihat dari angka kesakitan beberapa penyakit Balita dan dewasa. Selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan, derajat kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor ekonomi, pendidikan, lingkungan

sosial, serta faktor-faktor lain yang kondisinya indikator angka kesakitan Malaria per 1.000 penduduk, Angka Kesembuhan TB Paru per 1.000 penduduk, Angka Aku Flaccid Paralysis (AFP) 2/100.000 usia (Pradana, 2018)

COVID-19 dapat menjadi bukti nyata bagaimana Daerah tertinggal memiliki kondisi dan penanganan yang berbeda, Pemerintah pusat mengeluarkan kebijakan melalui Instruksi Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi No. 1 Tahun 2021 tentang Penggunaan Dana Desa Tahun 2021 dalam pelaksanaan PPKM dalam skala mikro di desa. Pemerintah mewajibkan setiap desa mengalokasikan anggaran sebesar 8% dari dana desa untuk penanganan Covid-19 di desa di luar anggaran Bantuan Langsung Tunai (BLT). Alokasi dana ini diharapkan dapat menggerakkan berbagai kegiatan dan inisiatif di desa, Meski begitu masih terdapat kendala seperti Ketimpangan ketersediaan faskes di wilayah 3T (tertinggal, terdepan, terluar) menjadi hambatan besar penanganan Covid-19. Keterbatasan sumber daya material, hingga Ketersediaan obat-obatan dan alat pelindung diri untuk penanganan Covid-19 di beberapa wilayah mengalami kesulitan (Djamhari, Afrina, 2022).

Undang-Undang (UU) Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Nasional 2005-2025 mengandung aturan yang menjadikan IPM sebagai salah satu tolok ukur kinerja pembangunan oleh pemerintah kabupaten/kota (pemkab/kota) Indonesia. Metode baru dalam penghitungan IPM diterapkan oleh UNDP sejak tahun 2010 (UNDP, 2010:143-147). BPS melaksanakan metode baru tersebut dengan cara menyesuaikan dengan data yang tersedia. Aspek hidup yang lama dan sehat dinilai dengan Angka Harapan Hidup waktu lahir (AHH). Angka Kematian Bayi mempunyai efek paling besar terhadap penghitungan AHH. Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi prioritas bagi pemerintah kab/kota (Pradana, 2018). Belanja operasi urusan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh pemkab/kota untuk menurunkan AKI dan AKB yakni belanja operasi penyediaan tenaga kesehatan yang memadai dan kompeten di fasilitas kesehatan yang dikelola

pemkab/kota dan belanja operasi untuk pembiayaan program jaminan kesehatan warga miskin/tidak mampu kab/kota sesuai perintah Undang-Undang Nomor 20 tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional, karena itu dalam penelitian ini Derajat kesehatan masyarakat diukur melalui indikator, seperti Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Kematian Bayi (AKB). AKB mengukur total kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup, sementara AKI mengukur total kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Di sisi lain, AHH mencerminkan rata-rata usia yang diharapkan bisa dicapai oleh seseorang. Dalam hal nasional, AKB di Indonesia telah mengalami penurunan dari 68 di tahun 1991 menjadi 24 di tahun 2017. Sementara itu, AHH terus meningkat, mencapai rata-rata 71,5 tahun pada tahun 2021. Namun, disparitas yang signifikan masih terjadi antara daerah maju dan tertinggal, di mana indikator-indikator tersebut cenderung lebih buruk di daerah tertinggal (Indahwaty & Bakri, 2023).

DAK Kesehatan menjadi salah satu upaya Pemerintah untuk mengatasi permasalahan pada Daerah tertinggal terutama yang berkaitan dengan isu kesehatan masyarakat, pemerintah mampu mendanai berbagai program prioritas seperti perbaikan layanan kesehatan ibu dan anak, pengadaan fasilitas kesehatan, dan program gizi. Penurunan AKB dan AKI, misalnya, dapat dicapai melalui peningkatan akses terhadap pelayanan persalinan yang aman, imunisasi, dan pengendalian penyakit infeksi (Gunawan et al., 2024). Di sisi lain, peningkatan AHH dipengaruhi oleh perbaikan infrastruktur kesehatan dan upaya preventif yang didukung oleh DAK, seperti deteksi dini penyakit kronis dan promosi kesehatan masyarakat. Dengan alokasi yang terarah dan penggunaan yang efektif, DAK Kesehatan berkontribusi langsung pada peningkatan indikator derajat kesehatan, khususnya di daerah tertinggal yang sebelumnya memiliki angka AKB dan AKI tinggi serta AHH yang rendah (Lestari et al., 2019).

Dalam implementasi DAK tersebut maka perhitungan alokasi Dana menjadi faktor utama yang perlu dibahas. Menurut Data Pusat Kajian AKN, Di awal periode (2010–2012), alokasi DAK Kesehatan masih relatif kecil (kurang dari 2 triliun rupiah). Namun, mulai tahun 2013 hingga 2020,

anggaran ini terus meningkat, bahkan mencapai kisaran di atas 10 triliun rupiah pada 2020 (termasuk BOK/BOKB). Bagian terbesar dalam komponen DAK Kesehatan seringkali berasal dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK/BOKB). Hal ini menegaskan bahwa pengalokasian dana operasional di tingkat puskesmas dan fasilitas kesehatan dasar menjadi salah satu fokus utama pemerintah. Anggaran DAK Kesehatan yang terus meningkat menegaskan bahwa pemerintah pusat menggunakan instrumen transfer ke daerah sebagai salah satu strategi pemerataan pembangunan terutama di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) (Ramadhan, 2020). Kenaikan alokasi dana DAK ini mencerminkan keseriusan pemerintah untuk menambah akses serta kualitas layanan kesehatan, terutama di wilayah yang selama ini kurang mendapatkan perhatian (Simanjuntak et al., 2024). Dengan tambahan anggaran ini, pemerintah daerah diharapkan dapat memprioritaskan pembangunan fasilitas kesehatan yang strategis, seperti klinik bersalin di daerah tertinggal dan unit gawat darurat di wilayah dengan akses terbatas (Patadang et al., 2021).

Pada tahun 2023, pemerintah terus meningkatkan alokasi DAK Kesehatan sebagai bagian dari komitmen terhadap pemerataan pelayanan kesehatan. Berdasarkan data Kementerian Keuangan, alokasi DAK Fisik Bidang Kesehatan mencapai lebih dari Rp20 triliun, dengan sebagian besar diarahkan ke daerah tertinggal (Awaludin & Wibowo, 2023). Dana ini digunakan untuk pembangunan dan rehabilitasi fasilitas kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit daerah, pengadaan alat medis, serta pelatihan tenaga kesehatan. Pemerintah juga telah menetapkan pedoman teknis melalui Peraturan Menteri Keuangan untuk memastikan pelaksanaan DAK Kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi spesifik di setiap daerah (Maysaroh & Arif, 2022).

Pada kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan, semakin besar alokasi dana yang diterima, maka semakin baik pula layanan kesehatan, infrastruktur, dan gizi yang dapat disediakan. DAK Kesehatan, yang secara khusus dialokasikan untuk daerah-daerah dengan keterbatasan sumber daya dan infrastruktur, berfungsi sebagai alat strategis untuk mengurangi

kesenjangan kesehatan antara daerah tertinggal dan tidak tertinggal (Lestari et al., 2019). Dengan perbaikan layanan kesehatan seperti fasilitas rumah sakit dan puskesmas, peningkatan infrastruktur kesehatan, serta akses yang lebih mudah bagi masyarakat, daerah tertinggal diharapkan bisa memberi layanan kesehatan yang lebih berkualitas, yang sebelumnya memerlukan rujukan ke daerah lain. Hal ini berpotensi mengurangi beban pasien di daerah yang lebih maju, yang selama ini menanggung pasien dari daerah tertinggal, serta memperkecil kesenjangan kesehatan antar wilayah (Rahmatullah & Imaningsih, 2024).

Kontribusi dari alokasi dana DAK faktanya memberikan perubahan yang dapat mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat. Kesehatan Masyarakat didefinisikan sebagai ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya pencegahan, pemberantasan penyakit, serta penyediaan pelayanan kesehatan. Untuk menilai status kesehatan masyarakat, dapat digunakan berbagai indikator, salah satunya adalah 12 Indikator Utama Keluarga Sehat, yaitu (Afriyana Amelia Nuryadin, 2022):

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi mendapat ASI eksklusif
- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- j. Keluarga menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
- l. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Pemenuhan indikator-indikator tersebut mencerminkan derajat kesehatan masyarakat yang semakin baik. Dalam konteks daerah tertinggal,

capaian indikator kesehatan masyarakat seringkali lebih rendah karena kendala geografis, terbatasnya fasilitas kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan, dan rendahnya kondisi sosial-ekonomi (Fitrianeti & Dominata, 2022). Oleh karena itu, DAK Kesehatan menjadi penting untuk:

- a. Meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan jejaringnya).
- b. Memperluas akses layanan kesehatan khususnya di wilayah perbatasan dan daerah tertinggal.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan bagi masyarakat melalui pemenuhan standar pelayanan minimal kesehatan

Sebagai contoh, di Provinsi Lampung, peningkatan alokasi DAK Kesehatan selama periode 2002-2012 berhasil menurunkan AKB dari 43 menjadi 30 per 1.000 kelahiran hidup (Trisnawati & Yudarta, 2024). Hal ini mencerminkan dampak langsung dari investasi pada fasilitas kesehatan, pengadaan alat kesehatan, dan peningkatan kapasitas tenaga medis melalui DAK Kesehatan. Alokasi ini juga digunakan untuk mendukung program imunisasi, perawatan ibu hamil, dan penanganan gizi buruk yang menjadi prioritas di daerah tertinggal (Sulaeman & Andriyanto, 2021a).

Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan juga mempunyai peran strategis untuk mendukung capaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), terkhusus tujuan ketiga, yakni “Menjamin Kehidupan yang Sehat dan Meningkatkan Kesejahteraan untuk Semua pada Segala Usia.” DAK Kesehatan diarahkan untuk meminimalisir kesenjangan akses layanan kesehatan, meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan, serta memperkuat program prioritas seperti Angka Kematian Ibu (AKI) dan Bayi (AKB) menjadi menurun, pengendalian penyakit menular, serta peningkatan gizi masyarakat (Shadrina, 2019). Melalui penyediaan fasilitas kesehatan yang lebih merata di semua wilayah, termasuk daerah tertinggal, pemerintah bertujuan memastikan akses universal terhadap pelayanan kesehatan esensial pada tahun 2030 (Sulaeman & Andriyanto, 2021b).

Berdasarkan uraian data dan fakta tersebut, Kesehatan adalah salah satu pilar utama pembangunan manusia (selain pendidikan dan pendapatan). Derajat kesehatan masyarakat yang rendah akan berdampak langsung pada produktivitas, beban pembiayaan kesehatan, dan kualitas sumber daya manusia. Bagi daerah tertinggal, tantangan di bidang kesehatan seringkali lebih kompleks karena faktor geografis, kultural, dan terbatasnya infrastruktur (Rahmatullah & Imaningsih, 2024). Oleh karena itu, diperlukan pengawasan ketat dan pendampingan teknis dari pemerintah pusat untuk memastikan dana tersebut digunakan secara efektif (Sembiring et al., 2024).

Kolaborasi antara pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat juga sangat penting untuk meraih hasil yang optimal. Pemerintah pusat bertugas menentukan kebijakan dan mengalokasikan dana, sementara pemerintah daerah harus menyusun program berdasarkan kebutuhan lokal (Fauziyah & Trisnawati, 2022). Di sisi lain, masyarakat harus dilibatkan dalam pengawasan pelaksanaan program agar terjadi transparansi dan akuntabilitas. Dengan pendekatan yang holistik, DAK Kesehatan dapat menjadi katalisator untuk menaikkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tertinggal (Sinaga et al., 2023).

Beberapa konsep yang dapat menjelaskan hubungan antara variabel-variabel seperti layanan kesehatan, infrastruktur, dan gizi dengan tingkat kesehatan masyarakat adalah konsep pelayanan kesehatan dan konsep determinan sosial kesehatan. Konsep ini menjelaskan bahwa ketersediaan layanan kesehatan, infrastruktur, serta faktor gizi secara langsung mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat (Jatmiko et al., 2022). Semakin baik layanan kesehatan, semakin lengkap dan tersedia infrastruktur medis, semakin tinggi asupan gizi, maka semakin mudah aksesibilitasnya dan diharapkan tingkat kesehatan masyarakat, seperti angka kematian ibu dan anak, bisa menurun dan angka harapan hidup dapat meningkat. Dalam hal ini, DAK Kesehatan berfungsi sebagai pendukung utama untuk menciptakan kondisi tersebut, dengan menyediakan dana untuk pembangunan dan perbaikan fasilitas kesehatan di daerah yang membutuhkan (Gunawan et al., 2024).

Namun, meskipun konsep-konsep tersebut menjelaskan hubungan positif antara variabel-variabel tersebut dan tingkat kesehatan, dalam implementasinya seringkali ditemukan hasil yang tidak sepenuhnya sejalan dengan harapan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peningkatan infrastruktur kesehatan tidak selalu berdampak langsung pada peningkatan tingkat kesehatan masyarakat (Buana, 2022). Sebagai contoh, meskipun ada perbaikan fasilitas rumah sakit dan puskesmas, beberapa daerah mengalami penurunan dalam angka kematian ibu dan anak. Hal tersebut memperlihatkan faktor-faktor lain, contohnya kualitas pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga medis yang terlatih, serta kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, juga mempengaruhi hasil kesehatan (Marheni & Triyanto, 2023). Oleh karena itu, penting untuk melaksanakan kajian lebih lanjut mengenai pengaruh DAK Kesehatan terhadap tingkat kesehatan, dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang lebih kompleks dalam implementasi kebijakan ini.

Berdasarkan pemaparan yang telah disampaikan, peneliti menyoroti pentingnya Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tertinggal. Penelitian ini bermaksud untuk melakukan analisis dampak DAK Kesehatan pada AKB, AKI, dan AHH, serta memberikan rekomendasi kebijakan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dan mendukung pencapaian tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs). Penelitian yang berfokus pada isu ini akan memberikan gambaran menyeluruh tentang seberapa jauh kebijakan fiskal dapat menjawab tantangan kesehatan, khususnya di daerah tertinggal, serta bagaimana hal tersebut berdampak pada perbaikan status kesehatan masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, terdapat beberapa temuan yang memperlihatkan meskipun alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan diarahkan untuk menambah infrastruktur kesehatan, hasil yang diperoleh dalam beberapa penelitian menunjukkan dampak yang tidak selalu

signifikan. Misalnya, peningkatan ketersediaan infrastruktur, seperti rumah sakit atau puskesmas, tidak selalu berbanding lurus dengan perbaikan tingkat kesehatan masyarakat, terutama di daerah tertinggal. Dalam beberapa kasus, meskipun infrastruktur diperbaiki, angka kematian ibu dan anak tetap tinggi, yang menandakan terdapat faktor lain yang lebih dominan untuk memberikan pengaruh pada tingkat kesehatan tersebut. Selain itu, temuan lain menunjukkan bahwa asupan gizi yang lebih baik tidak selalu meningkatkan tingkat kesehatan pada balita, khususnya dalam menurunkan angka kematian bayi, yang juga menjadi isu krusial di daerah tertinggal.

Dengan memperhatikan temuan-temuan tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini berfokus pada upaya untuk mengidentifikasi dan menganalisis dampak alokasi DAK Kesehatan terhadap beberapa indikator kesehatan utama, seperti Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI) di daerah tertinggal. Penelitian ini akan mengeksplorasi bagaimana faktor-faktor yang didanai oleh DAK, seperti layanan kesehatan, infrastruktur, dan gizi, berkontribusi terhadap perbaikan atau justru hambatan dalam pencapaian target kesehatan. Oleh karena itu, penelitian ini bermaksud untuk menggali lebih dalam hubungan antara alokasi DAK Kesehatan dengan perubahan pada indikator-indikator kesehatan tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimana perkembangan alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan di daerah tertinggal pada tahun 2019-2023?
2. Bagaimana dampak alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan terhadap tingkat kesehatan masyarakat melalui indikator Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Harapan Hidup (AHH) di daerah tertinggal?

1.3 Tujuan Umum Penelitian

Adapun tujuan umum dilaksanakannya penelitian ini adalah.

1. Untuk menganalisis perkembangan alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan di daerah tertinggal pada tahun 2019-2023.

2. Untuk menganalisis dampak alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan terhadap tingkat kesehatan masyarakat melalui indikator Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Harapan Hidup (AHH) di daerah tertinggal.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilaksanakan ini diharapkan bisa memberikan kontribusi pada ilmu pengetahuan terkait dampak Dana Alokasi Khusus (DAK) kesehatan terhadap tingkat kesehatan masyarakat di daerah tertinggal. Adapun hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan pemahaman dan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan bisa memberi kontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan terkhusus pada bidang kesehatan masyarakat, kebijakan publik, dan ekonomi kesehatan. Secara spesifik, hasil penelitian ini dapat memperkaya kajian teoritis tentang pengaruh kebijakan fiskal, khususnya Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan, terhadap indikator-indikator kesehatan seperti Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI). Lain daripada itu, penelitian ini juga bisa memberi gambaran lebih rinci terkait efektivitas alokasi anggaran kesehatan dalam mengurangi disparitas antar wilayah, terutama di daerah tertinggal.

2. Manfaat Praktis

- a. Penelitian ini bisa menjadi masukan untuk pemerintah pusat dan daerah dalam menyusun kebijakan yang lebih efektif mengenai alokasi dan pemanfaatan DAK Kesehatan. Temuan penelitian ini bisa dipakai sebagai dasar untuk merancang program kesehatan yang lebih terarah untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan di daerah tertinggal.
- b. Penelitian ini diharapkan bisa memberikan dampak positif pada penambahan akses dan kualitas layanan kesehatan untuk masyarakat di daerah tertinggal, sehingga secara langsung berkontribusi pada perbaikan kualitas hidup mereka.

- c. Penelitian ini bisa menjadi referensi untuk studi-studi lanjutan yang ingin menganalisis kebijakan kesehatan, khususnya terkait distribusi anggaran kesehatan dan pengaruhnya terhadap indikator kesehatan masyarakat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini difokuskan untuk 62 kabupaten/kota yang masuk pada kategori daerah tertinggal yang telah ditentukan berdasarkan Peraturan Presiden No. 63 Tahun 2020. Secara substansi, penelitian ini menyoroti pengaruh alokasi DAK Kesehatan terhadap indikator kesehatan utama, antara lain Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Ibu (AKI). Data yang digunakan mencakup periode tahun 2019 hingga 2023.

