

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketersediaan infrastruktur kesehatan, seperti rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan, dan peralatan medis, merupakan prasyarat utama bagi terselenggaranya layanan kesehatan yang efektif, aman, dan berkeadilan. Tanpa dukungan infrastruktur yang memadai, kebijakan peningkatan mutu layanan dan penguatan sumber daya manusia kesehatan tidak akan berjalan optimal [1]. Pemerintah memiliki peran penting dalam menyediakan dan mengelola infrastruktur kesehatan yang berkelanjutan demi terselenggaranya layanan kesehatan yang efektif, aman, dan berkeadilan tersebut [2].

Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah bersama-sama memiliki kewajiban dalam hal menyediakan, merancang dan melaksanakan kebijakan yang mampu menjamin ketersediaan serta keberlanjutan dari infrastruktur kesehatan di Indonesia. Sebagaimana ditegaskan pada pasal 11 UU Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan [3]. Kebijakan tersebut tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 melalui Permenkes 12 Tahun 2025, melalui program yang berfokus pada penguatan sistem kesehatan melalui peningkatan layanan primer dan rujukan di seluruh wilayah [4].

Salah satu bentuk pelaksanaan tanggung jawab pemerintah dalam penyediaan infrastruktur kesehatan diwujudkan melalui berbagai program strategis

yang didanai melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Dalam pelaksanaannya, Kementerian Kesehatan menyediakan gedung, fasilitas pelayanan kesehatan, dan alat kesehatan yang selanjutnya direncanakan untuk diserahkan kepada pemerintah daerah melalui mekanisme hibah sesuai ketentuan pengelolaan Barang Milik Negara (BMN). Kebijakan tersebut dilaksanakan antara lain melalui Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) dan *Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network* (SIHREN), yang menjadi bagian dari transformasi sistem kesehatan nasional.

Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) atau *Quick Win* merupakan program prioritas nasional di bidang kesehatan yang menjadi bagian dari RPJMN Tahun 2025–2029 dan diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 [4], [5]. Program ini bertujuan mempercepat transformasi layanan rujukan melalui peningkatan kapasitas dan mutu RSUD, terutama di daerah tertinggal, terdepan, terluar (3T), perbatasan, dan kepulauan, sebagai upaya mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan dan memperkuat ketahanan kesehatan nasional [4], [5].

Dalam pelaksanaannya pada Tahun Anggaran 2025, Program PHTC mencakup 66 lokus RSUD yang tersebar di berbagai wilayah Indonesia. Lokasi tersebut diprioritaskan pada kabupaten/kota yang memiliki keterbatasan akses layanan kesehatan rujukan, dengan komposisi 47 RSUD berada di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (DTPK) serta 19 RSUD berada di wilayah non-DTPK. Sebaran lokus meliputi Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku, hingga Papua, sehingga program ini menjadi salah satu intervensi nasional terbesar dalam peningkatan kapasitas rumah sakit daerah [6], [7].

Berdasarkan Petunjuk Teknis Program Hasil Terbaik Cepat, bantuan pemerintah dalam program ini diberikan dalam bentuk pembangunan dan peningkatan gedung rumah sakit, penyediaan sarana dan prasarana kesehatan, pengadaan alat kesehatan, serta dukungan operasional Rumah Sakit Kapal bagi wilayah dengan keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Untuk mendukung pelaksanaan program tersebut, pemerintah mengalokasikan anggaran melalui APBN Tahun Anggaran 2025 sekitar Rp10 triliun untuk pembangunan dan peningkatan kapasitas 66 RSUD sebagai bagian dari Program Hasil Terbaik Cepat bidang kesehatan. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan sebagai pelaksana program melalui mekanisme Belanja APBN [4], [8]

Pelaksanaan Program Hasil Terbaik Cepat juga menunjukkan adanya perubahan mekanisme penyediaan infrastruktur kesehatan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pada tahap awal perencanaan, sebagian pembangunan RSUD dalam Program PHTC dirancang melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik sebagai bagian dari skema Transfer ke Daerah. Namun, dalam implementasinya pemerintah melakukan penyesuaian mekanisme pendanaan dengan mengalihkan sebagian lokus pembangunan menjadi Belanja Pemerintah Pusat melalui APBN yang dilaksanakan langsung oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan. Penyesuaian mekanisme tersebut dilakukan dalam konteks pelaksanaan program PHTC sebagai program prioritas nasional yang diarahkan untuk mempercepat transformasi layanan rujukan dan pencapaian target pembangunan kesehatan dalam RPJMN Tahun 2025-2029 [5], [6], [9].

Perubahan mekanisme pendanaan tersebut mencerminkan adanya kecenderungan resentralisasi pelaksanaan pembangunan infrastruktur kesehatan pada program tertentu. Resentralisasi dalam konteks ini tidak berarti pengalihan kembali urusan pemerintahan bidang kesehatan kepada pemerintah pusat secara keseluruhan, karena urusan kesehatan tetap merupakan urusan pemerintahan konkuren antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Resentralisasi yang dimaksud adalah penarikan kewenangan pelaksanaan pembangunan dan pengadaan aset tertentu yang sebelumnya direncanakan melalui mekanisme transfer ke daerah menjadi pelaksanaan langsung oleh pemerintah pusat. Akibatnya, Kementerian Kesehatan memiliki kewenangan yang lebih besar dalam proses perencanaan teknis, pengadaan, pembangunan, penatausahaan Barang Milik Negara (BMN), hingga pemindahtanganan aset kepada pemerintah daerah, sedangkan pemerintah daerah berperan dalam mengusulkan kebutuhan, menyediakan kesiapan lahan, menerima aset melalui mekanisme hibah, mencatat aset sebagai Barang Milik Daerah (BMD), serta memanfaatkan aset tersebut untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pergeseran pembagian peran tersebut memperluas kebutuhan koordinasi administratif, teknis, keuangan, dan pengelolaan aset antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sepanjang siklus penyediaan infrastruktur kesehatan.

Selain Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC), Kementerian Kesehatan juga melaksanakan *Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network* (SIHREN) sebagai salah satu program strategis dalam transformasi sistem layanan rujukan nasional. Program ini dibentuk berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

HK.01.07/MENKES/135/2024 tentang Pengelola Program Penguatan Sistem Kesehatan Indonesia yang bersumber dari pinjaman Bank Pembangunan Multilateral periode 2024–2029. SIHREN bertujuan memperkuat kapasitas sistem pelayanan kesehatan rujukan melalui peningkatan infrastruktur pelayanan kesehatan, penyediaan alat kesehatan, pengembangan layanan prioritas, serta penguatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan sebagai bagian dari agenda transformasi kesehatan nasional [4], [10].

Pelaksanaan SIHREN didukung melalui pembiayaan APBN dan pinjaman luar negeri dari Bank Pembangunan Multilateral, khususnya *World Bank* dan *Islamic Development Bank* (IsDB). Berdasarkan Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025, ruang lingkup SIHREN meliputi pengadaan peralatan kesehatan rumah sakit, pengembangan layanan prioritas, penguatan kapasitas rumah sakit rujukan, serta peningkatan kompetensi sumber daya manusia kesehatan melalui pelatihan dan program pengampunan rumah sakit. Program ini dilaksanakan secara bertahap pada rumah sakit pemerintah pusat maupun rumah sakit pemerintah daerah yang menjadi bagian dari jejaring layanan rujukan nasional[4].

Meskipun memiliki fokus intervensi yang berbeda, Program PHTC dan SIHREN menjadi relevan untuk dicermati, karena keduanya bermuara pada proses akuntansi yang sama, yaitu pengakuan, pengukuran, dan pemindahtanganan aset tetap milik negara kepada pemerintah daerah. Kedua program menghasilkan aset yang diperoleh melalui Belanja APBN Kementerian Kesehatan dan pada tahap awal dicatat sebagai Barang Milik Negara (BMN). Selanjutnya, aset tersebut direncanakan untuk dimanfaatkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan milik

pemerintah daerah melalui mekanisme pemindahtanganan dalam bentuk hibah sesuai ketentuan pengelolaan BMN. Dengan demikian, penyediaan infrastruktur kesehatan melalui kedua program tersebut tidak berhenti pada proses pembangunan atau pengadaan barang, tetapi juga melibatkan proses penatausahaan BMN, penyelesaian administrasi hibah, dan pencatatan sebagai Barang Milik Daerah (BMD). Karakteristik tersebut menunjukkan bahwa penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan merupakan proses yang melibatkan berbagai aktor lintas pemerintahan dengan kewenangan dan tanggung jawab yang berbeda pada setiap tahapan pelaksanaannya. Karakteristik pelaksanaan Program PHTC dan SIHREN menunjukkan bahwa penyediaan infrastruktur kesehatan oleh Kementerian Kesehatan tidak berhenti pada pembangunan fisik maupun pengadaan alat kesehatan, tetapi berlanjut pada proses pengelolaan aset pemerintah yang harus ditatausahakan dan dipindahtanggankan kepada pemerintah daerah.

Dalam perspektif akuntansi pemerintah, penyediaan infrastruktur kesehatan yang menghasilkan Barang Milik Negara menimbulkan konsekuensi akuntansi berupa kewajiban pengakuan pengukuran dan penyajian aset tersebut dalam laporan keuangan, sebelum akhirnya dipindahtanggankan kepada pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah. [3], [11]. Kedua regulasi tersebut secara konsisten mengatur bahwa proses hibah harus dilakukan secara tertib, tepat waktu, dan akuntabel, termasuk kewajiban memastikan bahwa aset yang telah diserahkan tercatat secara akurat dalam laporan keuangan penyedia maupun penerima aset.

Namun, Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun 2024 (*Audited*) memperlihatkan kondisi yang belum sepenuhnya sejalan dengan mandat tersebut. Per 31 Desember 2024, masih terdapat saldo barang yang akan diserahkan kepada masyarakat/pemerintah daerah sebesar Rp183.718.246.004, di mana sebagian besar belum diusulkan hibahnya karena dokumen yang belum lengkap [9]. Selain itu, terdapat saldo persediaan tidak dikuasai atas barang yang diserahkan kepada masyarakat/pemerintah daerah yang belum selesai proses hibahnya sebesar Rp1.877.844.917.995 [9]. Dari sudut pandang akuntansi, kedua pos ini mencerminkan adanya aset dalam status transisi yang belum dapat diakui secara definitif sebagai aset pemerintah daerah, sekaligus masih tercatat dalam pembukuan Kementerian Kesehatan meski secara fisik telah berpindah tangan, yang mana kondisi yang berimplikasi langsung terhadap keandalan (*reliability*) penyajian laporan keuangan kedua level pemerintahan. Selain itu kondisi ini jelas mengindikasikan adanya jeda administratif yang signifikan antara penyediaan aset sampai ke pemindahtanganan aset secara legal.

Berdasarkan Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun 2022–2024 (*audited*), saldo Barang yang Akan Diserahkan dan Persediaan Tidak Dikuasai menunjukkan tren penurunan dalam tiga tahun terakhir, namun belum sepenuhnya mencerminkan terselesaikannya permasalahan administrasi pemindahtanganan aset. Saldo Barang yang Akan Diserahkan turun sangat signifikan dari Rp5.099.176.036.864 pada tahun 2022 menjadi Rp1.443.580 pada tahun 2023 sebagai dampak percepatan penyelesaian hibah serta pengeluaran barang persediaan yang sudah tidak dikuasai dari neraca. Akan tetapi, pada tahun 2024 saldo tersebut kembali terbentuk sebesar Rp183.718.246.004 seiring dengan

pelaksanaan program penyediaan infrastruktur kesehatan yang menghasilkan aset baru sehingga kembali muncul barang yang akan diserahkan sebelum proses hibah kepada pemerintah daerah diselesaikan.

Fenomena serupa juga terlihat pada saldo Persediaan Tidak dikuasai yang menurun dari Rp5.351.541.650.869 pada tahun 2022 menjadi Rp5.219.677.534.596 pada tahun 2023 dan kembali menurun menjadi Rp1.877.844.917.995 pada tahun 2024. Meskipun menunjukkan perbaikan, keberadaan saldo yang masih cukup besar mengindikasikan bahwa masih terdapat jeda administratif antara realisasi belanja pemerintah pusat dengan penyelesaian pemindahtanganan aset secara legal kepada pemerintah daerah. Kondisi ini menunjukkan bahwa proses penyediaan infrastruktur kesehatan belum sepenuhnya diikuti oleh penyelesaian administrasi hibah secara tepat waktu sehingga aset yang secara fisik telah disalurkan masih tercatat dalam laporan keuangan Kementerian Kesehatan sebelum proses serah terima hukum diselesaikan.

Selain permasalahan yang terjadi di tingkat pemerintah pusat, kondisi tersebut juga berdampak pada pemerintah daerah sebagai penerima aset. Berdasarkan wawancara awal dengan Dinas Kesehatan Kota Bekasi sebagai salah satu penerima manfaat, ditemukan bahwa sejumlah alat kesehatan yang secara fisik telah diterima dan dimanfaatkan masih berstatus pinjam pakai karena proses hibah belum diselesaikan secara definitif oleh kementerian kesehatan. Selain itu, dokumen serah terima yang diterima pemerintah daerah sering kali belum mencantumkan nilai perolehan aset, sehingga pemerintah daerah mengalami kesulitan dalam melakukan pencatatan aset pada neraca daerah sesuai dengan ketentuan pengelolaan Barang Milik Daerah (BMD).

Secara normatif, penyelesaian proses pemindahtanganan BMN melalui hibah seharusnya disertai dengan dokumen administrasi yang lengkap, termasuk Berita Acara Serah Terima (BAST) yang memuat informasi mengenai jenis, spesifikasi, dan nilai perolehan aset. Kelengkapan dokumen tersebut menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk melakukan pengakuan, pengukuran, pencatatan, pelaporan dan penatausahaan aset sebagai Barang Milik Daerah. Ketidaklengkapan dokumen administrasi menyebabkan proses pencatatan aset tertunda, meskipun aset telah dimanfaatkan dalam pelayanan kesehatan. Lebih jauh, proses koreksi atas ketidaksesuaian data dalam dokumen serah terima, seperti kesalahan nomor seri atau spesifikasi barang, memerlukan waktu berbulan-bulan karena dokumen harus diproses melalui jalur birokrasi yang panjang antara daerah, dan kementerian pusat. Kondisi ini menunjukkan bahwa penyelesaian administratif di level pusat tidak otomatis menghasilkan ketertiban penatausahaan aset di level daerah, yang berimplikasi pada akurasi pelaporan keuangan dan akuntabilitas pengelolaan aset negara.

Kondisi di atas menunjukkan bahwa persoalan pengelolaan aset hasil penyediaan infrastruktur kesehatan tidak hanya berkaitan dengan penyelesaian pembangunan fisik, tetapi juga menyangkut tata kelola hubungan antara pemerintah pusat sebagai pemberi aset dan pemerintah daerah sebagai penerima aset. Proses tersebut melibatkan berbagai aktor dengan kewenangan yang berbeda, sehingga keberhasilan pemindahtanganan aset sangat dipengaruhi oleh koordinasi, kejelasan peran, dan sinkronisasi proses administrasi.

Meskipun persoalan pengelolaan Barang Milik Negara dan hibah aset kepada pemerintah daerah telah menjadi perhatian dalam berbagai kajian,

penelitian yang ada cenderung berfokus pada dua area kajian yang terpisah. Di satu sisi, kajian tentang pemindahtanganan BMN umumnya bersifat normatif yang menganalisis mekanisme hibah secara umum berdasarkan kerangka regulasi yang berlaku seperti pada penelitian oleh Chodiq yang menemukan bahwa pelaksanaan hibah BMN masih belum sepenuhnya sejalan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, baik dari sisi kebijakan maupun teknis pelaksanaan [12], serta masih sedikit yang menelusuri dinamika pelaksanaannya di kementerian teknis tertentu terutama untuk hibah yang memang dari awal pengadaannya untuk di serah kan kepada pemerintah daerah atau masyarakat. Sementara itu, disisi lain, studi terkait dengan penatausahaan aset hasil transfer lebih banyak dilakukan pada level pemerintah daerah sebagai penerima aset, bukan pada kementerian pusat sebagai penyedia aset yang akan ditransfer. Sebagaimana penelitian oleh Kurniati menjelaskan bahwa beberapa faktor kendala seperti kuantitas dan kualitas SDM, koordinasi internal, penyalahgunaan aset, dan insentif sebagai faktor kendala dalam penatausahaan aset tetap di Pemerintah Kabupaten Dompu [13], serta penelitian oleh Adyanto yang melihat penatausahaan belanja modal di Provinsi Sulawesi Utara berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020[14]. Penelitian terdahulu belum menjelaskan mekanisme bagaimana proses penyediaan di tingkat pusat terhubung dengan penerimaan, pencatatan dan akuntabilitas di tingkat daerah.

Oleh karena itu, masih terdapat ruang untuk penelitian yang secara khusus menelusuri tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan secara utuh, mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, hingga proses pemindahtanganan atau penyerahan aset kepada pemerintah daerah. Kajian

semacam ini penting karena proses tersebut tidak hanya berlangsung pada level Kementerian Kesehatan sebagai pemerintah pusat, tetapi juga melibatkan pemerintah daerah sebagai penerima aset serta berbagai aktor yang memiliki kewenangan dan tanggung jawab pada setiap tahapan. Dengan demikian, kondisi yang dihadapi pemerintah daerah sebagai penerima aset tidak dapat dilepaskan dari proses dan mekanisme yang berlangsung pada level pusat. Kesenjangan tersebut menjadi dasar penelitian ini untuk menganalisis tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan pada Kementerian Kesehatan untuk pemerintah daerah.

Selanjutnya melalui perspektif *Intergovernmental Relations*, penelitian ini mencoba untuk memahami bagaimana hubungan, interaksi antar-aktor dan koordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai mempengaruhi keberhasilan transfer aset serta membentuk hambatan yang muncul dalam pelaksanaannya. Kemudian, konsep akuntabilitas menurut Bovens (2007) pada penelitian ini juga digunakan untuk menganalisis bagaimana dinamika hubungan tersebut memengaruhi kejelasan pertanggungjawaban serta ketertiban administrasi dalam proses transfer aset.

Penelitian ini berfokus pada tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan oleh Kementerian Kesehatan kepada pemerintah daerah, dengan menggunakan pelaksanaan Program *Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network* SIHREN dan Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) sebagai konteks penelitian. Karena kedua program tersebut merupakan bagian dari program penyediaan infrastruktur kesehatan yang menghasilkan aset untuk diserahkan kepada pemerintah daerah oleh Kementerian Kesehatan. Penelitian ini mendeskripsikan dan menjelaskan proses penyediaan dan transfer aset sejak tahap

perencanaan dan pelaksanaan hingga proses penyerahan kepada pemerintah daerah, dan selanjutnya mengidentifikasi hambatan yang terjadi pada setiap tahapan.

Dalam proses tersebut, penelitian memperhatikan interaksi antara aktor pada tingkat Kementerian Kesehatan, antara lain perencana, Pejabat Pembuat Komitmen, pengelola keuangan, pengelola Barang Milik Negara pada Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, serta aktor pada Biro Pengadaan Barang dan Jasa, dengan aktor pada pemerintah daerah sebagai penerima aset. Analisis terhadap hubungan dan pembagian peran antaraktor tersebut diarahkan untuk memahami bagaimana koordinasi, kewenangan, dan mekanisme pertanggungjawaban memengaruhi kelancaran maupun hambatan dalam proses transfer aset.

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman tentang proses dan hambatan dalam tata kelola peyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan, serta menjadi masukan bagi penyempurnaan kebijakan untuk meningkatkan akuntabilitas pengelolaan aset pemerintah dan proses transfer aset kepada pemerintah daerah.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas diketahui terdapat kesenjangan antara mandat regulasi tentang tertib administrasi pengelolaan aset dan pemindahtanganan Barang Milik Negara dengan realitas pelaksanaannya pada Kementerian Kesehatan, yang ditandai oleh adanya jeda administratif dalam proses transfer aset di level pemerintah pusat dan hambatan penatausahaan aset di level daerah penerima. Pertanyaan mendasar yang mendorong penelitian ini adalah bagaimana tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan Kementerian Kesehatan

dilaksanakan dalam praktik, dan bagaimana proses tersebut berlangsung pada pemerintah daerah penerima? serta bagaimana dinamika hubungan antarlevel pemerintahan dan mekanisme akuntabilitas memengaruhi proses transfer aset tersebut. Untuk menjawab pertanyaan tersebut secara sistematis, penelitian ini merumuskan tiga pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana proses perencanaan, pelaksanaan, dan pemindahtanganan aset dalam Program SIHREN dan PHTC dijalankan oleh Kementerian Kesehatan, dan hambatan apa yang ditemukan dalam setiap tahapannya?
2. Bagaimana proses penerimaan, penatausahaan, dan pencatatan aset dari Kementerian Kesehatan dijalankan oleh pemerintah daerah penerima, dan hambatan apa yang ditemukan ?
3. Bagaimana dinamika hubungan antarlevel pemerintahan dan mekanisme akuntabilitas memengaruhi proses transfer aset infrastruktur kesehatan dari Kementerian Kesehatan kepada pemerintah daerah?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan, penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan pelaksanaan proses perencanaan, pelaksanaan, hingga pemindahtanganan aset dalam Program SIHREN dan PHTC oleh Kementerian Kesehatan serta mengidentifikasi hambatan yang muncul pada setiap tahapan.
2. Mendeskripsikan proses penerimaan, penatausahaan, dan pencatatan aset oleh pemerintah daerah penerima serta mengidentifikasi hambatan yang muncul pada setiap tahapan tersebut.

3. Menganalisis dinamika hubungan antarlevel pemerintahan dan mekanisme akuntabilitas dalam proses transfer aset infrastruktur kesehatan dari Kementerian Kesehatan kepada pemerintah daerah.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada berbagai pihak, baik secara teoritis maupun praktis.

1. Manfaat Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada pengembangan literatur administrasi publik dan akuntansi sektor publik, khususnya mengenai tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah serta implikasinya terhadap pengelolaan aset publik.
- b. Menjadi referensi dalam penerapan teori *Intergovernmental Relations* (IGR) untuk menjelaskan dinamika hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan.
- c. Memperkaya pemahaman mengenai akuntabilitas dalam penyediaan, pengelolaan, dan pemindahtanganan aset pemerintah sebagai bagian dari penyelenggaraan layanan kesehatan.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Kementerian Kesehatan RI: Sebagai bahan evaluasi dan masukan strategis bagi Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan kepada pemerintah daerah, mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, penatausahaan

BMN, hingga penyelesaian proses hibah secara tepat waktu dan akuntabel.

- b. Bagi Pemerintah Daerah: Memberikan pemahaman tentang hambatan administratif yang dialami daerah dalam menerima dan mencatat aset dari pemerintah pusat, sehingga dapat menjadi dasar peningkatan kapasitas penatausahaan aset di level daerah.
- c. Bagi Regulator (Kemenkeu/BPK): Sebagai bahan pertimbangan dalam menyempurnakan kebijakan terkait mekanisme pemindahtanganan BMN, khususnya untuk aset yang disediakan melalui program bantuan pemerintah di sektor kesehatan.

E. Ruang Lingkup dan Batasan Penelitian

Agar penelitian ini lebih terarah dan mendalam, peneliti menetapkan ruang lingkup dan batasan-batasan sebagai berikut:

1. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan tata kelola penyediaan dan transfer aset infrastruktur kesehatan oleh Kementerian Kesehatan kepada pemerintah daerah, dengan mengambil Program *Strengthening Indonesia's Healthcare Referral Network* (SIHREN) dan Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) sebagai konteks penelitian. Ruang lingkup penelitian mencakup proses perencanaan, penganggaran, pelaksanaan penyediaan aset, penatausahaan Barang Milik Negara, serta mekanisme pemindahtanganan aset melalui hibah kepada pemerintah daerah.

2. Batasan Penelitian

- a. Penelitian ini dibatasi pada penyediaan aset infrastruktur kesehatan yang dibiayai melalui APBN Kementerian Kesehatan dan diperuntukkan untuk diserahkan atau dihibahkan kepada pemerintah daerah. Penelitian tidak membahas penyediaan aset yang digunakan untuk mendukung operasional internal Kementerian Kesehatan..
- b. Fokus penelitian diarahkan pada siklus penyediaan dan pengelolaan aset, yang meliputi tahap perencanaan kebutuhan, penganggaran, pelaksanaan penyediaan aset, penatausahaan Barang Milik Negara, hingga mekanisme pemindahtanganan melalui hibah kepada pemerintah daerah.
- c. Data laporan keuangan dan dokumen administratif yang dianalisis dibatasi pada periode tahun 2020 hingga 2025. Pemilihan periode ini didasarkan ketersediaan data laporan keuangan audited terbaru tahun 2024 yang memuat fenomena saldo barang tidak dikuasai.
- d. Penelitian ini berfokus pada unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang memiliki kewenangan dalam program SIHREN dan PHTC (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Biro Pengadaan Barang dan Jasa) serta interaksinya dengan sampel Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan Kota Bekasi dan Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi) yang terlibat dalam proses serah terima aset tersebut.
- e. Penelitian ini tidak bertujuan mengukur efektivitas penggunaan anggaran pemerintah secara kuantitatif, melainkan berfokus pada analisis tata kelola penyediaan dan transfer aset serta dinamika

hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Penelitian juga tidak membahas aspek teknis konstruksi maupun penilaian ekonomi atas aset yang dihasilkan.

