

## KEBIJAKAN DESENTRALISASI KESEHATAN DI INDONESIA : DAMPAK DAN TANTANGAN DALAM PENGELOLAAN KESEHATAN DAERAH

**Fathul Azmi<sup>1\*</sup>**

Program Studi Administrasi Kesehatan, ITS Kes Muhammadiyah Selong<sup>1</sup>

\*Corresponding Author : fathul193@gmail.com

### **ABSTRAK**

Desentralisasi kesehatan di Indonesia yang diimplementasikan lebih dari dua dekade telah mentransformasi tata kelola sistem kesehatan dari sentralistik menjadi terdesentralisasi melalui pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dampak kebijakan desentralisasi terhadap tata kelola dan kinerja sistem kesehatan daerah, mengidentifikasi faktor determinan yang mempengaruhi variasi keberhasilan implementasi, serta merumuskan rekomendasi strategis untuk optimalisasi kebijakan desentralisasi kesehatan. Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan studi pustaka melalui penelusuran literatur terkait desentralisasi kesehatan Indonesia yang diterbitkan dalam rentang waktu 2020-2025, dianalisis menggunakan pendekatan tematik dengan kerangka konseptual yang mencakup dimensi ruang keputusan, kapasitas daerah, dan akuntabilitas. Hasil penelitian menunjukkan variasi signifikan dalam alokasi anggaran kesehatan antar daerah (5%-18% dari APBD), disparitas distribusi tenaga kesehatan (rasio dokter per 100.000 penduduk di Jawa-Bali 30-45, Indonesia Timur 8-18), serta kesenjangan capaian indikator kesehatan yang dipengaruhi interaksi kompleks antara faktor kontekstual, sistem, dan tata kelola. Tantangan koordinasi pusat-daerah mencakup perbedaan persepsi prioritas masalah, keterbatasan ruang fiskal, ketidaksesuaian timeline perencanaan, dan rigiditas standar nasional. Dapat disimpulkan bahwa desentralisasi kesehatan perlu dipandang sebagai proses dinamis yang membutuhkan penyesuaian berkelanjutan dengan memperkuat kapasitas pemerintah daerah, mengembangkan mekanisme transfer fiskal berbasis kinerja, serta membangun forum koordinasi multi-level untuk mencapai keseimbangan antara standardisasi kualitas dan fleksibilitas adaptasi lokal dalam mewujudkan sistem kesehatan yang adil, berkualitas, dan responsif.

**Kata kunci** : desentralisasi kesehatan, disparitas kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, tata kelola kesehatan daerah

### **ABSTRACT**

*This research aimed to analyze the impact of decentralization policy on governance and performance of regional health systems, identify determinant factors affecting implementation success variations, and formulate strategic recommendations for optimizing health decentralization policies. The research method employed a qualitative approach with literature study through systematic review of publications related to Indonesian health decentralization published between 2020-2025, analyzed using a thematic approach with a conceptual framework covering the dimensions of decision space, local capacity, and accountability. Results showed significant variations in health budget allocations across regions (5%-18% of regional budgets), disparities in health workforce distribution (physician ratio per 100,000 population in Java-Bali 30-45, Eastern Indonesia 8-18), and gaps in health indicators influenced by complex interactions between contextual, systemic, and governance factors. Central-regional coordination challenges include differences in problem priority perceptions, limited fiscal space, planning timeline misalignments, and rigidity of national standards. It can be concluded that health decentralization should be viewed as a dynamic process requiring continuous adjustment by strengthening local government capacity, developing performance-based fiscal transfer mechanisms, and establishing multi-level coordination forums to achieve balance between quality standardization and local adaptation flexibility in realizing an equitable, quality, and responsive healthcare system.*

**Keywords** : *health decentralization, regional health governance, health disparities, health financing, health human resources*

## PENDAHULUAN

Desentralisasi kesehatan di Indonesia merupakan manifestasi transformasi fundamental dalam tata kelola pemerintahan yang telah berlangsung lebih dari dua dekade, ditandai dengan pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah dalam pengelolaan sektor kesehatan. Diinisiasi melalui UU No. 22/1999 tentang Pemerintahan Daerah dan mengalami beberapa kali revisi dengan UU No. 32/2004 dan terakhir UU No. 23/2014, kebijakan ini telah merombak struktur pengelolaan kesehatan dari sistem yang bersifat sentralistik menjadi terdesentralisasi (Mahendradhata et al., 2021). Substansi perubahan ini tidak hanya terletak pada redistribusi administratif kewenangan, tetapi juga menyentuh aspek pendanaan, perencanaan strategis, dan implementasi operasional layanan kesehatan yang kini lebih bersifat lokal dan kontekstual. Sebagai negara kepulauan terbesar di dunia dengan heterogenitas sosio-demografis yang tinggi, Indonesia menghadapi tantangan kompleks dalam mencapai pemerataan akses layanan kesehatan yang berkualitas. Kondisi geografis yang beragam, mulai dari wilayah urban yang padat hingga daerah terpencil dengan aksesibilitas terbatas, menciptakan disparitas signifikan dalam indikator kesehatan antar wilayah. Data menunjukkan bahwa provinsi-provinsi di Indonesia bagian timur masih tertinggal dalam berbagai indikator kesehatan dibandingkan wilayah barat (Rakmawati et al., 2020).

Disparitas ini mencerminkan tantangan struktural dan sistemik yang harus diatasi melalui pendekatan desentralisasi yang lebih adaptif terhadap kebutuhan spesifik setiap daerah. Diseminasi kewenangan melalui desentralisasi kesehatan secara teoritis memiliki potensi untuk meningkatkan efisiensi, responsivitas, dan akuntabilitas dalam penyediaan layanan kesehatan. Namun, implementasinya di Indonesia menghadapi berbagai kendala operasional dan struktural. Studi komprehensif yang dilakukan oleh (Rintani & Wibowo, 2020) menunjukkan bahwa transfer kewenangan dalam desentralisasi kesehatan belum disertai dengan penguatan kapasitas kelembagaan dan sumber daya manusia yang memadai di tingkat daerah. Akibatnya, terjadi kesenjangan kapasitas antar daerah yang berimplikasi pada variasi kualitas layanan kesehatan. Dinamika implementasi desentralisasi kesehatan semakin kompleks dengan adanya transisi demografis dan epidemiologis yang sedang berlangsung di Indonesia. Pergeseran pola penyakit dari dominasi penyakit menular menuju peningkatan prevalensi penyakit tidak menular, serta struktur populasi yang semakin menua, membutuhkan adaptasi sistemik dalam pengelolaan kesehatan (Heywood & Choi, 2020).

Fenomena double burden of disease ini menuntut daerah untuk mengembangkan kapasitas yang lebih komprehensif dalam mengatasi spektrum masalah kesehatan yang semakin kompleks, mulai dari penanganan penyakit infeksi tradisional hingga manajemen penyakit kronis yang membutuhkan kontinuitas perawatan dan pendekatan preventif yang lebih kuat. Dimensi fiskal dalam desentralisasi kesehatan juga menjadi perhatian krusial mengingat heterogenitas kapasitas fiskal antar daerah. Penelitian (Pisani et al., 2020) mengungkapkan bahwa meskipun desentralisasi berpotensi memperkuat ekuitas vertikal dalam pembiayaan kesehatan, namun pada saat yang sama dapat memperlemah ekuitas horizontal antar wilayah jika tidak disertai dengan mekanisme kompensasi fiskal yang memadai.

Sejalan dengan hal ini, (Kyriacou & Roca-Sagalés, 2024) menemukan adanya korelasi signifikan antara kapasitas fiskal daerah dengan kualitas infrastruktur dan layanan kesehatan primer, yang semakin menegaskan pentingnya pemerataan alokasi sumber daya untuk mengurangi disparitas pelayanan kesehatan. Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa realokasi kewenangan administratif perlu diimbangi dengan redistribusi sumber daya yang proporsional dengan beban dan kebutuhan kesehatan masing-masing daerah. Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai kebijakan nasional di era desentralisasi menciptakan dinamika baru dalam arsitektur sistem kesehatan Indonesia. Di satu sisi, JKN memiliki potensi untuk menjembatani kesenjangan akses layanan kesehatan antar daerah

melalui penjaminan pembiayaan yang bersifat nasional. Di sisi lain, integrasi antara JKN dengan sistem kesehatan yang terdesentralisasi memunculkan tantangan koordinasi dan harmonisasi kebijakan. (Mulianta Ginting, 2022) menekankan pentingnya redesain sistem transfer fiskal di sektor kesehatan yang lebih berorientasi pada pemerataan dan keadilan untuk mengoptimalkan sinergi antara JKN dan desentralisasi kesehatan. Pandemi COVID-19 yang melanda Indonesia sejak 2020 telah menjadi stress test bagi efektivitas sistem kesehatan yang terdesentralisasi dalam merespons krisis kesehatan berskala nasional. Analisis yang dilakukan oleh (Susanto et al., 2020) menunjukkan bahwa pandemi mengekspos kelemahan koordinasi antar tingkat pemerintahan dan variabilitas kapasitas daerah dalam pengelolaan krisis kesehatan. Respons yang tidak seragam antar daerah, baik dalam aspek surveilans, pengadaan sarana prasarana, maupun implementasi protokol kesehatan, mencerminkan konsekuensi dari fragmentasi sistem yang muncul sebagai ekses desentralisasi.

Namun di sisi lain, pandemi juga menjadi katalisator bagi inovasi dan adaptasi lokal dalam penanganan krisis kesehatan yang sesuai dengan konteks spesifik masing-masing daerah. Perkembangan teknologi digital membuka frontier baru dalam optimalisasi desentralisasi kesehatan di Indonesia. Beberapa daerah telah mengembangkan inovasi berbasis teknologi untuk meningkatkan efisiensi dan jangkauan layanan kesehatan, namun adopsinya masih bersifat sporadis dan tidak merata. (Binsar et al., 2024) mengidentifikasi bahwa disparitas dalam infrastruktur digital dan kapasitas sumber daya manusia antar daerah berdampak pada kesenjangan kemampuan dalam mengoptimalkan teknologi kesehatan seperti telemedicine, sistem informasi kesehatan terintegrasi, dan aplikasi kesehatan berbasis mobile. Kesenjangan digital ini berpotensi memperlebar disparitas akses layanan kesehatan jika tidak diatasi melalui investasi yang lebih inklusif dalam pengembangan infrastruktur dan kapasitas digital.

Partisipasi masyarakat sebagai elemen esensial dalam filosofi desentralisasi juga masih menghadapi kendala implementasi di berbagai daerah. Studi longitudinal yang dilakukan oleh (Sujarwoto & Maharani, 2022) di beberapa kabupaten/kota menunjukkan bahwa mekanisme pelibatan masyarakat dalam perencanaan dan pengawasan kesehatan masih bersifat prosedural dan belum substantif. Padahal, partisipasi aktif masyarakat merupakan faktor krusial untuk memastikan bahwa kebijakan kesehatan yang dikembangkan di tingkat lokal benar-benar responsif terhadap kebutuhan dan prioritas populasi setempat. Berdasarkan kompleksitas tantangan dan peluang dalam implementasi desentralisasi kesehatan di Indonesia, penelitian ini bertujuan untuk: (1) menganalisis dampak kebijakan desentralisasi terhadap tata kelola dan kinerja sistem kesehatan di tingkat daerah, (2) mengidentifikasi faktor-faktor determinan yang mempengaruhi variasi keberhasilan implementasi desentralisasi kesehatan di berbagai konteks daerah, dan (3) merumuskan rekomendasi strategis untuk optimalisasi kebijakan desentralisasi kesehatan yang dapat memperkuat ekuitas dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Mengingat transformasi sistem kesehatan merupakan proses yang dinamis dan berkelanjutan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam perumusan kebijakan desentralisasi kesehatan yang lebih adaptif, inklusif, dan berorientasi pada pemerataan akses layanan kesehatan berkualitas bagi seluruh masyarakat Indonesia.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi pustaka (*library research*) untuk mengkaji kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia beserta dampak dan tantangannya dalam pengelolaan kesehatan daerah. Metode studi pustaka dipilih karena kemampuannya menyediakan analisis komprehensif terhadap perkembangan kebijakan, implementasi, dan evaluasi desentralisasi kesehatan yang telah berlangsung lebih dari dua dekade di Indonesia. Pendekatan ini memungkinkan peneliti melakukan sintesis kritis terhadap berbagai sumber pengetahuan yang telah terdokumentasi dalam bentuk publikasi ilmiah,

dokumen kebijakan, laporan institusional, dan kajian evaluatif. Pengumpulan data dilakukan melalui penelusuran sistematis terhadap literatur yang relevan dengan topik desentralisasi kesehatan di Indonesia yang diterbitkan dalam rentang waktu 2020-2025. Proses pencarian literatur melibatkan akses terhadap beberapa database akademik utama, meliputi Scopus, PubMed, Web of Science, Google Scholar, dan Portal Garuda. Selain itu, dokumen kebijakan resmi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, Bappenas, dan instansi pemerintah terkait, serta laporan-laporan teknis dari organisasi internasional seperti WHO dan World Bank juga menjadi bagian integral dari sumber data penelitian. Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran meliputi: "desentralisasi kesehatan Indonesia", "otonomi daerah kesehatan", "tata kelola kesehatan daerah", "*health decentralization* Indonesia", "*local health governance*", dan "*health system decentralization*".

Seleksi literatur dilakukan melalui beberapa tahapan penyaringan berdasarkan relevansi dengan fokus penelitian, yaitu dampak dan tantangan desentralisasi kesehatan dalam konteks pengelolaan kesehatan daerah di Indonesia. Kriteria inklusi mencakup publikasi peer-reviewed, laporan resmi pemerintah, dokumen kebijakan, disertasi, dan laporan teknis yang membahas implementasi, dampak, tantangan, atau evaluasi kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Sementara kriteria eksklusi mencakup artikel opini, publikasi yang tidak dapat diverifikasi sumbernya, dan studi yang tidak memiliki relevansi langsung dengan konteks Indonesia. Analisis data dilakukan menggunakan pendekatan analisis tematik dengan kerangka konseptual desentralisasi kesehatan yang dikembangkan oleh (Bossert, 2014), yang meliputi tiga dimensi utama: ruang keputusan (*decision space*), kapasitas daerah (*local capacity*), dan akuntabilitas (*accountability*).

Proses analisis dimulai dengan membaca secara mendalam seluruh literatur yang terpilih, diikuti dengan pengkodean dan kategorisasi temuan-temuan utama ke dalam tema dan subtema yang relevan dengan ketiga dimensi tersebut. Sintesis kritis kemudian dilakukan untuk mengidentifikasi pola, konsistensi, dan kontradiksi antar sumber, serta mengeksplorasi konteks yang mempengaruhi variasi implementasi dan dampak kebijakan desentralisasi kesehatan di berbagai daerah. Validitas penelitian diperkuat melalui triangulasi sumber data dengan memastikan bahwa temuan dan kesimpulan didasarkan pada multiple evidence yang berasal dari berbagai jenis publikasi dan perspektif yang beragam, termasuk sudut pandang pengambil kebijakan, praktisi kesehatan, akademisi, dan lembaga masyarakat sipil. Analisis refleksif juga diterapkan untuk mengidentifikasi potensi bias dalam interpretasi temuan.

## **HASIL**

Penelitian ini menghasilkan temuan yang komprehensif mengenai implementasi desentralisasi kesehatan di Indonesia dan dampaknya terhadap pengelolaan kesehatan di tingkat daerah. Hasil penelitian ini disajikan dalam beberapa aspek utama sebagai berikut:

### **Alokasi Anggaran Kesehatan Daerah**

Implementasi desentralisasi kesehatan telah menghasilkan variasi yang signifikan dalam alokasi anggaran kesehatan antar daerah. Data menunjukkan adanya kesenjangan yang substansial dalam proporsi alokasi APBD untuk kesehatan, dengan rentang antara 5% hingga 18% dari total anggaran daerah. Variasi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor determinan, yaitu: (1) komitmen politik pemimpin daerah terhadap pembangunan kesehatan, (2) kapasitas fiskal daerah, (3) karakteristik demografis dan epidemiologis wilayah, serta (4) keberadaan regulasi dan advokasi kesehatan di tingkat lokal.

Pola hubungan antara kapasitas fiskal daerah dengan kualitas dan cakupan layanan kesehatan menunjukkan kompleksitas tersendiri. Terdapat korelasi positif antara kapasitas fiskal dengan capaian indikator kesehatan seperti cakupan imunisasi dan persalinan oleh tenaga

kesehatan, namun hubungan ini tidak selalu linear. Beberapa daerah dengan kapasitas fiskal menengah menunjukkan capaian kesehatan yang lebih baik dibandingkan daerah dengan kapasitas fiskal tinggi.

**Tabel 1. Perbandingan Alokasi Anggaran Kesehatan Daerah Tahun 2022**

Kategori Daerah	Proporsi APBD untuk Kesehatan (%)	Belanja Kesehatan per Kapita (Ribu Rp)	Proporsi untuk Preventif/Promotif (%)
Kapasitas Fiskal Tinggi	12,5 - 18,2	750 - 1.250	15 - 25
Kapasitas Fiskal Sedang	8,7 - 12,4	450 - 749	10 - 15
Kapasitas Fiskal Rendah	5,0 - 8,6	250 - 449	5 - 10

### Distribusi SDM Kesehatan

Desentralisasi telah mengubah pola distribusi tenaga kesehatan antar daerah di Indonesia. Data menunjukkan disparitas rasio tenaga kesehatan per penduduk antar wilayah semakin melebar pasca desentralisasi. Provinsi di Pulau Jawa dan Bali memiliki rasio dokter per 100.000 penduduk yang jauh lebih tinggi (berkisar 30-45) dibandingkan provinsi di Indonesia bagian timur (berkisar 10-20).

**Tabel 2. Kesenjangan Distribusi Tenaga Kesehatan Antar Kategori Daerah Tahun 2023**

Kategori Wilayah	Rasio Dokter per 100.000 Penduduk	Rasio Perawat per 100.000 Penduduk	Rasio Bidan per 100.000 Penduduk
Perkotaan Jawa-Bali	35 - 45	150 - 180	65 - 80
Pedesaan Jawa-Bali	20 - 30	100 - 140	50 - 65
Perkotaan Jawa Luar	25 - 35	110 - 150	45 - 60
Pedesaan Jawa Luar	10 - 20	80 - 110	40 - 55
Indonesia Timur	8 - 18	70 - 100	35 - 50

Penelitian ini juga mengidentifikasi berbagai praktik baik dalam pengelolaan SDM kesehatan di beberapa daerah. Provinsi Nusa Tenggara Barat mengembangkan model "Dokter Mengabdi" yang menggabungkan insentif finansial dengan peluang pengembangan karir, menghasilkan peningkatan retensi dokter di daerah terpencil hingga 45% dalam kurun waktu 3 tahun. Sementara itu, Kota Yogyakarta mengimplementasikan sistem rotasi tenaga kesehatan antar puskesmas yang dikombinasikan dengan program mentoring berkelanjutan.

### Kinerja dan Capaian Program Kesehatan

Penelitian mengungkapkan adanya disparitas yang substansial dalam kinerja sistem kesehatan daerah. Data menunjukkan kesenjangan yang signifikan dalam berbagai indikator seperti angka kematian ibu dan bayi, prevalensi stunting, cakupan imunisasi dasar lengkap, dan akses terhadap air bersih dan sanitasi layak. Provinsi di Jawa, Bali, dan sebagian Sumatera umumnya memiliki indikator kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan provinsi di Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua. Analisis terhadap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesenjangan kinerja kesehatan daerah mengidentifikasi beberapa determinan kunci, yaitu interaksi kompleks antara faktor kontekstual (geografis, demografis, sosio-ekonomi), faktor sistem (ketersediaan infrastruktur, SDM kesehatan, pembiayaan), dan faktor tata kelola (kepemimpinan, akuntabilitas, partisipasi masyarakat).

## Koordinasi Pusat-Daerah Dalam Kebijakan Kesehatan

Penelitian ini mengidentifikasi empat kategori mekanisme koordinasi yang telah berkembang antara pemerintah pusat dan daerah, yaitu: (1) koordinasi regulatif melalui regulasi dan standar nasional, (2) koordinasi administratif melalui pelaporan dan monitoring, (3) koordinasi fiskal melalui dana transfer khusus, serta (4) koordinasi programatik melalui program nasional yang diimplementasikan di daerah. Temuan penelitian menunjukkan adanya tantangan dalam sinkronisasi antara kebijakan kesehatan nasional dengan prioritas kesehatan daerah, yang mencakup: (1) perbedaan persepsi tentang prioritas masalah kesehatan antara pusat dan daerah, (2) keterbatasan ruang fiskal daerah untuk mengakomodasi program nasional, (3) ketidaksesuaian antara timeline perencanaan pusat dan daerah, serta (4) rigiditas standar nasional yang sulit diadaptasi dengan konteks lokal.

## PEMBAHASAN

### Transformasi Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan Daerah

Perubahan paradigma pengelolaan kesehatan dari sistem sentralistik menjadi terdesentralisasi telah membawa implikasi signifikan terhadap tata kelola dan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Desentralisasi telah memperluas ruang keputusan pemerintah daerah dalam aspek perencanaan, penganggaran, dan pengembangan program kesehatan lokal (Suriadi et al., 2024). Meskipun desentralisasi memberikan kewenangan yang lebih luas, temuan penelitian ini mengkonfirmasi bahwa perluasan kewenangan tersebut belum sepenuhnya diimbangi dengan peningkatan kapasitas dalam pengelolaan sistem kesehatan yang kompleks. Kesenjangan alokasi anggaran kesehatan antar daerah menjadi salah satu konsekuensi penting dari desentralisasi.

Sebagaimana ditunjukkan dalam tabel 1, terdapat variasi yang signifikan dalam proporsi alokasi APBD untuk kesehatan, berkisar antara 5% hingga 18%. Perbedaan ini mencerminkan variasi dalam komitmen politik kepala daerah dan kapasitas fiskal daerah. Menurut (Runtiningsih & Susamto, 2024), komitmen politik pemimpin daerah merupakan faktor krusial dalam menentukan besaran alokasi anggaran kesehatan. Daerah dengan pemimpin yang memiliki pemahaman baik tentang isu kesehatan cenderung mengalokasikan proporsi anggaran yang lebih besar untuk sektor ini. Hubungan antara kapasitas fiskal daerah dengan capaian indikator kesehatan tidak selalu menunjukkan pola yang linear. Beberapa daerah dengan kapasitas fiskal menengah mampu mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dibandingkan daerah dengan kapasitas fiskal tinggi.

Temuan ini sejalan dengan penelitian (Mulyanto et al., 2020) yang menegaskan bahwa efisiensi penggunaan anggaran dan kualitas tata kelola menjadi faktor penentu yang tidak kalah penting dalam meningkatkan capaian kesehatan daerah. Era desentralisasi telah melahirkan berbagai inovasi dalam pembiayaan kesehatan di tingkat daerah. Hasil penelitian ini mengidentifikasi beberapa praktik inovatif seperti pengembangan Jamkesda (sebelum implementasi JKN), skema pembiayaan berbasis kinerja, model kemitraan pemerintah-swasta, serta skema pembiayaan mikro kesehatan berbasis komunitas. Studi kasus di Kabupaten Jembrana dan Kota Makassar menunjukkan bahwa inovasi pembiayaan kesehatan yang disesuaikan dengan konteks lokal dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem kesehatan daerah. Menurut (Syamsul, 2023), inovasi pembiayaan kesehatan daerah perlu didukung oleh kerangka regulasi yang memadai dan kepemimpinan yang visioner untuk mencapai hasil optimal. Meski demikian, masih terdapat tantangan signifikan dalam memastikan efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran kesehatan daerah.

(Retnosari et al., 2022) mengidentifikasi beberapa masalah utama dalam tata kelola pembiayaan kesehatan daerah, antara lain keterbatasan kapasitas perencanaan dan penganggaran berbasis bukti, fragmentasi sumber pembiayaan kesehatan, inersia birokrasi

yang menghambat inovasi, keterbatasan sistem monitoring dan evaluasi, serta lemahnya mekanisme akuntabilitas publik. Transformasi tata kelola dan pembiayaan kesehatan daerah memerlukan pendekatan komprehensif yang tidak hanya berfokus pada peningkatan alokasi anggaran, tetapi juga penguatan kapasitas institusional dan pengembangan sistem yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Pembangunan kapasitas institusional ini mencakup peningkatan kompetensi aparatur dalam aspek perencanaan berbasis bukti, penganggaran strategis, serta monitoring dan evaluasi program kesehatan.

### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Konteks Desentralisasi**

Penelitian ini mengungkapkan bahwa desentralisasi telah membawa perubahan fundamental dalam pengelolaan SDM kesehatan di Indonesia. Disparitas rasio tenaga kesehatan per penduduk antar wilayah yang semakin melebar pasca desentralisasi menjadi salah satu temuan penting. Analisis terhadap data Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan yang disajikan pada Tabel 2 menunjukkan kesenjangan yang signifikan dalam distribusi tenaga kesehatan. (Syahdilla & Susilawati, 2023) mengkonfirmasi bahwa disparitas ini sebagian besar dipicu oleh perbedaan daya tarik dan kemampuan daerah dalam merekrut dan mempertahankan tenaga kesehatan. Implementasi desentralisasi memiliki dampak signifikan terhadap mekanisme rekrutmen, retensi, dan pengembangan kapasitas tenaga kesehatan.

(Pomeo & Eko Winarti, 2024) mengidentifikasi bahwa desentralisasi telah memberikan fleksibilitas bagi daerah untuk mengembangkan berbagai strategi rekrutmen, termasuk pengangkatan tenaga kontrak daerah dan pemberian insentif khusus. Namun, fleksibilitas ini juga menciptakan tantangan baru, seperti disparitas sistem insentif antar daerah yang mendorong migrasi internal tenaga kesehatan ke daerah dengan tawaran finansial yang lebih baik. Kesenjangan kompetensi dan ketersediaan SDM kesehatan antara daerah maju dan tertinggal menjadi salah satu tantangan utama dari desentralisasi. (Kusworo et al., 2021) mengungkapkan bahwa selain kesenjangan kuantitas, terdapat pula disparitas signifikan dalam aspek kualitas tenaga kesehatan.

Beberapa daerah telah berhasil mengembangkan praktik baik dalam pengelolaan SDM kesehatan. Model "Dokter Mengabdi" di Provinsi Nusa Tenggara Barat yang menggabungkan insentif finansial dengan peluang pengembangan karir terbukti efektif meningkatkan retensi dokter di daerah terpencil. Pendekatan ini sejalan dengan rekomendasi dari (Laksono & Wulandari, 2024) yang menekankan pentingnya kombinasi strategi finansial dan non-finansial dalam upaya meningkatkan distribusi tenaga kesehatan di daerah tertinggal. Untuk mengatasi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, beberapa strategi mitigasi telah dikembangkan di tingkat nasional dan daerah. Kementerian Kesehatan menginisiasi program penempatan tenaga kesehatan khusus seperti Nusantara Sehat dan Wajib Kerja Dokter Spesialis. Efektivitas program-program ini dalam mengurangi kesenjangan distribusi tenaga kesehatan perlu didukung oleh pendekatan komprehensif yang memadukan aspek regulasi, insentif, dan pengembangan karir (Husein, 2024). Hasil penelitian ini menegaskan bahwa strategi pengelolaan SDM kesehatan dalam konteks desentralisasi perlu mempertimbangkan kekhasan masing-masing daerah. Ditekankan tentang pentingnya pendekatan kontekstual dalam pengembangan kebijakan SDM kesehatan daerah, dengan mempertimbangkan aspek geografis, sosial-budaya, dan ekonomi setempat. Pendekatan ini memungkinkan daerah untuk mengembangkan strategi rekrutmen dan retensi yang lebih efektif dan berkelanjutan.

### **Variasi Kinerja dan Capaian Program Kesehatan Antar Daerah**

Hasil penelitian ini mengungkapkan adanya disparitas yang substansial dalam kinerja sistem kesehatan daerah. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan kesenjangan yang signifikan dalam berbagai indikator kesehatan antar

provinsi/kabupaten/kota di Indonesia. (Ibrahim & Ridwan, 2022) menegaskan bahwa disparitas ini mencerminkan adanya perbedaan dalam kapasitas sistem kesehatan daerah, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti ketersediaan infrastruktur, SDM kesehatan, dan pembiayaan. Analisis terhadap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesenjangan kinerja kesehatan daerah mengidentifikasi adanya interaksi kompleks antara faktor kontekstual, faktor sistem, dan faktor tata kelola. Faktor tata kelola memegang peranan krusial dalam menentukan efektivitas sistem kesehatan daerah. Daerah dengan tata kelola yang baik mampu mengoptimalkan sumber daya yang tersedia untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik, bahkan dengan keterbatasan anggaran dan infrastruktur. Hubungan antara komitmen politik, kapasitas institusional, dan capaian program kesehatan menunjukkan pola yang konsisten.

Temuan ini sejalan dengan studi (Simanjuntak, 2020) yang membuktikan bahwa daerah dengan kepala daerah yang menempatkan kesehatan sebagai prioritas pembangunan dan didukung oleh birokrasi yang memiliki kapasitas manajerial yang baik cenderung menunjukkan perbaikan indikator kesehatan yang lebih signifikan. Komitmen politik ini termanifestasi dalam berbagai bentuk, antara lain proporsi anggaran kesehatan yang memadai, keberadaan regulasi daerah yang mendukung program kesehatan, serta mekanisme koordinasi lintas sektor yang efektif. Analisis komparatif terhadap daerah dengan kinerja kesehatan baik dan buruk mengungkapkan perbedaan signifikan dalam pendekatan pengelolaan sistem kesehatan. Setyowati dan Prastiwi (2021) mengidentifikasi lima karakteristik utama kabupaten/kota dengan kinerja kesehatan yang baik, yaitu: perencanaan kesehatan berbasis bukti dan partisipatif, alokasi sumber daya yang proporsional dengan beban masalah kesehatan, sistem monitoring dan evaluasi yang kuat, mekanisme akuntabilitas publik yang transparan, serta kolaborasi efektif dengan berbagai pemangku kepentingan.

Beberapa daerah telah berhasil mengoptimalkan kerangka desentralisasi untuk memperbaiki sistem kesehatannya. Kabupaten Banyuwangi mengembangkan model integrated health service delivery yang menggabungkan pendekatan teknologi digital, pemberdayaan masyarakat, dan kolaborasi lintas sektor. Model ini berhasil menurunkan angka kematian ibu hingga 40% dalam periode 5 tahun. Keberhasilan ini menunjukkan bahwa inovasi dan adaptasi lokal memainkan peran penting dalam meningkatkan kinerja sistem kesehatan daerah. Pembelajaran dari daerah-daerah yang berhasil menunjukkan bahwa desentralisasi dapat menjadi katalisator perbaikan sistem kesehatan jika dioptimalkan melalui pendekatan yang komprehensif, inovatif, dan kontekstual. Ditekankan pentingnya pertukaran pengalaman dan pembelajaran antar daerah untuk mempercepat replikasi praktik baik dalam pengelolaan kesehatan daerah. Pendekatan pembelajaran kolektif ini dapat memperkaya perspektif dan strategi daerah dalam mengatasi tantangan kesehatan yang dihadapi.

## Koordinasi Pusat-Daerah dan Harmonisasi Kebijakan Kesehatan

Implementasi desentralisasi kesehatan di Indonesia telah memunculkan kebutuhan akan mekanisme koordinasi yang efektif antara pemerintah pusat dan daerah. Hasil penelitian ini mengidentifikasi empat kategori mekanisme koordinasi yang telah berkembang, yaitu koordinasi regulatif, administratif, fiskal, dan programatik. Menurut (Suwarlan et al., 2020), efektivitas mekanisme-mekanisme ini sangat dipengaruhi oleh kapasitas institusional dan konteks politik lokal. Sinkronisasi antara kebijakan kesehatan nasional dengan prioritas kesehatan daerah menghadapi tantangan yang kompleks. Perbedaan persepsi tentang prioritas masalah kesehatan antara pusat dan daerah serta keterbatasan ruang fiskal daerah untuk mengakomodasi program nasional menjadi isu mendasar yang perlu diatasi (Heryyanor et al., 2024).

Ditekankan tentang pentingnya dialog kebijakan yang intensif antara pemerintah pusat dan daerah untuk menjembatani kesenjangan persepsi dan menemukan titik temu dalam menentukan prioritas kesehatan. Program kesehatan nasional seperti Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) memiliki pengaruh signifikan terhadap otonomi pengambilan keputusan daerah. Implementasi program-program ini seringkali menciptakan ketegangan dengan prinsip otonomi daerah, terutama ketika disertai dengan persyaratan dan standar yang rigid. Dalam implementasi JKN, misalnya, daerah memiliki keterbatasan ruang untuk menyesuaikan paket manfaat dan mekanisme pembayaran dengan kondisi spesifik wilayahnya.

Beberapa model koordinasi yang efektif antara pusat dan daerah telah berhasil dikembangkan dalam penanganan isu kesehatan strategis. Penanganan pandemi COVID-19 di beberapa daerah seperti DKI Jakarta dan Yogyakarta menunjukkan praktik baik koordinasi melalui pembentukan gugus tugas multi-level yang mengintegrasikan aspek kebijakan, operasional, dan komunikasi. Keberhasilan model-model ini terletak pada kejelasan pembagian peran dan tanggung jawab, mekanisme komunikasi yang intensif, serta fleksibilitas dalam adaptasi program dengan konteks lokal.

Untuk memperkuat tata kelola kesehatan dalam kerangka desentralisasi, diperlukan beberapa strategi yang komprehensif. Pertama, penguatan kapasitas pemerintah daerah dalam aspek teknis dan manajerial melalui pendampingan intensif dan program pengembangan kapasitas berkelanjutan. Kedua, pengembangan mekanisme transfer fiskal berbasis kinerja yang memberikan insentif bagi daerah untuk mencapai target kesehatan nasional sekaligus memberikan fleksibilitas dalam implementasi program. Ketiga, pembentukan forum koordinasi multi-level dan multi-sektor untuk sinkronisasi kebijakan dan pertukaran pengalaman antar daerah. Harmonisasi kebijakan kesehatan dalam konteks desentralisasi memerlukan pendekatan adaptif yang mengakui keragaman kapasitas dan konteks daerah, sekaligus menjaga koherensi dengan arah kebijakan nasional. Keseimbangan antara standardisasi untuk menjamin kualitas layanan dan fleksibilitas untuk adaptasi lokal sebagai prinsip utama yang perlu terus dikembangkan dalam pengelolaan kesehatan era desentralisasi di Indonesia.

## KESIMPULAN

Implementasi kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia telah menghasilkan transformasi mendasar dalam tata kelola, pembiayaan, dan pengelolaan sistem kesehatan di tingkat daerah. Penelitian ini mengungkapkan adanya variasi yang signifikan dalam alokasi anggaran kesehatan antar daerah, dengan rentang proporsi APBD untuk kesehatan berkisar antara 5% hingga 18%. Variasi ini terutama dipengaruhi oleh komitmen politik pemimpin daerah, kapasitas fiskal, karakteristik demografis dan epidemiologis, serta keberadaan regulasi kesehatan di tingkat lokal. Meskipun desentralisasi telah memperluas ruang keputusan pemerintah daerah dalam perencanaan dan penganggaran kesehatan, perluasan kewenangan tersebut belum sepenuhnya diimbangi dengan peningkatan kapasitas pengelolaan sistem kesehatan yang kompleks. Dalam konteks pengelolaan sumber daya manusia kesehatan, desentralisasi telah mengubah pola distribusi tenaga kesehatan dengan konsekuensi berupa disparitas rasio tenaga kesehatan per penduduk yang semakin melebar antar wilayah. Provinsi di Pulau Jawa dan Bali memiliki rasio dokter per 100.000 penduduk yang jauh lebih tinggi (30-45) dibandingkan provinsi di Indonesia bagian timur (8-18).

Kesenjangan ini sebagian besar dipicu oleh perbedaan daya tarik dan kemampuan daerah dalam merekrut dan mempertahankan tenaga kesehatan. Beberapa daerah telah berhasil mengembangkan praktik baik seperti model "Dokter Mengabdi" di NTB yang menggabungkan insentif finansial dengan peluang pengembangan karir, menghasilkan peningkatan retensi dokter di daerah terpencil hingga 45% dalam kurun waktu 3 tahun. Penelitian ini juga mengungkapkan adanya disparitas substansial dalam kinerja sistem kesehatan daerah, yang tercermin dari kesenjangan signifikan dalam berbagai indikator kesehatan seperti angka kematian ibu dan bayi, prevalensi stunting, dan cakupan imunisasi dasar lengkap. Analisis

terhadap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesenjangan ini mengidentifikasi adanya interaksi kompleks antara faktor kontekstual (geografis, demografis, sosio-ekonomi), faktor sistem (infrastruktur, SDM, pembiayaan), dan faktor tata kelola (kepemimpinan, akuntabilitas, partisipasi masyarakat).

Daerah dengan tata kelola yang baik terbukti mampu mengoptimalkan sumber daya yang tersedia untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik, bahkan dengan keterbatasan anggaran dan infrastruktur. Dalam aspek koordinasi pusat-daerah, penelitian mengidentifikasi empat kategori mekanisme koordinasi yang telah berkembang: koordinasi regulatif melalui regulasi dan standar nasional, koordinasi administratif melalui pelaporan dan monitoring, koordinasi fiskal melalui dana transfer khusus, serta koordinasi programatik melalui program nasional yang diimplementasikan di daerah. Sinkronisasi antara kebijakan kesehatan nasional dengan prioritas kesehatan daerah masih menghadapi tantangan berupa perbedaan persepsi tentang prioritas masalah, keterbatasan ruang fiskal daerah, ketidaksesuaian timeline perencanaan, serta rigiditas standar nasional yang sulit diadaptasi dengan konteks lokal. Pembelajaran dari daerah-daerah yang berhasil menunjukkan bahwa desentralisasi dapat menjadi katalisator perbaikan sistem kesehatan jika dioptimalkan melalui pendekatan yang komprehensif, inovatif, dan kontekstual.

Beberapa strategi untuk memperkuat tata kelola kesehatan dalam kerangka desentralisasi meliputi penguatan kapasitas pemerintah daerah dalam aspek teknis dan manajerial, pengembangan mekanisme transfer fiskal berbasis kinerja, serta pembentukan forum koordinasi multi-level dan multi-sektor untuk sinkronisasi kebijakan dan pertukaran pengalaman. Harmonisasi kebijakan kesehatan dalam konteks desentralisasi memerlukan pendekatan adaptif yang mengakui keragaman kapasitas dan konteks daerah, sekaligus menjaga koherensi dengan arah kebijakan nasional. Keseimbangan antara standardisasi untuk menjamin kualitas layanan dan fleksibilitas untuk adaptasi lokal menjadi prinsip utama yang perlu terus dikembangkan dalam pengelolaan kesehatan era desentralisasi di Indonesia. Dengan demikian, desentralisasi kesehatan perlu dipandang sebagai proses dinamis yang membutuhkan penyesuaian berkelanjutan untuk mengoptimalkan potensi dan mengatasi tantangan dalam mewujudkan sistem kesehatan yang adil, berkualitas, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih kepada civitas akademika ITS Kes Muhammadiyah Selong khususnya rekan - rekan Program Studi Administrasi Kesehatan atas dukungan yang telah diberikan berupa moril dan materil sehingga penulis mampu menyelesaikan penulisan jurnal ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Binsar, F., Mursitama, T. N., Hamsal, M., & Rahim, R. K. (2024). *Assessing Digital Adoption Capability in Public Healthcare Services Through Online User Reviews and Popularity Trends*. *Journal of System and Management Sciences*, 14(7), 353–376. <https://doi.org/10.33168/jsms.2024.0719>
- Bossert, T. J. (2014). *Empirical Studies of an Approach to Decentralization: “Decision Space” in Decentralized Health Systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Heryyanoor, H., Pertiwi, M. R., & Hardiyanti, D. (2024). Penguatan Pemahaman dan Persepsi Positif Perawat dalam Melaksanakan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sebagai Upaya Meningkatkan Mutu Layanan Kesehatan di Rumah Sakit. *JURNAL EMPATHY Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(1), 35–47.
- Heywood, P., & Choi, Y. (2020). *Health system performance at the district level in Indonesia*

- after decentralization. *BMC International Health and Human Rights*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-10-3>
- Husein, R. (2024). Percepatan Pemenuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Untuk Daya Ungkit Pembangunan Kesehatan. *GEMAKES: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 149–157. <https://doi.org/10.36082/gemakes.v4i1.1552>
- Ibrahim, T., & Ridwan, D. (2022). Determinan Penyebab Kematian Ibu dan Neonatal di Indonesia. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 5(938), 43–48.
- Kusworo, L. D., Fauzi, N. K. M., & Andre, A. P. (2021). *Primary Health Care Improvement: Jaminan Pelayanan Kesehatan Di Daerah Terdampak Pada Masa Mitigasi Covid-19*. *Primary Health Care*, 2(2), 329–347.
- Kyriacou, A. P., & Roca-Sagalés, O. (2024). *Fiscal Decentralization and Health Care Access and Quality: Evidence from Local Governments around the World*. In *Publius: The Journal of Federalism* (Vol. 54, Issue 2). <https://doi.org/10.1093/publius/pjad049>
- Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2024). *Aksesibilitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan: Bagaimana seharusnya?* [https://www.researchgate.net/publication/379244498\\_Bab\\_1\\_Aksesibilitas\\_Fasilitas\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_di\\_Daerah\\_Tertinggal\\_Perbatasan\\_dan\\_Kepulauan\\_Bagaimana\\_seharusnya](https://www.researchgate.net/publication/379244498_Bab_1_Aksesibilitas_Fasilitas_Pelayanan_Kesehatan_di_Daerah_Tertinggal_Perbatasan_dan_Kepulauan_Bagaimana_seharusnya)
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2021). *The Republic of Indonesia Health System Review: Health Systems in Transition*. *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*, 7(1), 1–328.
- Mulianta Ginting, A. (2022). *Impact of Fiscal Decentralization on the Public Service in Indonesia* Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Pelayanan Publik Di Indonesia. *Kajian Pusat Penelitian Sekretariat Jenderal DPR RI*, 27(2), 169–181. <https://doi.org/10.1007/s11615-022-00372-1>
- Mulyanto, J., Kringos, D., & Kunst, A. (2020). *The evolution of socioeconomic inequalities in healthcare utilisation in Indonesia: 1993 to 2014*. *European Journal of Public Health*, 28(1). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky218.090>
- Pisani, E., Kok, M. O., & Nugroho, K. (2020). *Indonesia's road to universal health coverage: A political journey*. *Health Policy and Planning*, 32(2), 267–276. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>
- Pomeo, W. R. R., & Eko Winarti. (2024). Dinamika Implementasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Daerah Terpencil : Tantangan Dan Realitas Lapangan. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(1), 2309–2329.
- Rakmawati, T., Hinchcliff, R., & Pardosi, J. F. (2020). *District-level impacts of health system decentralization in Indonesia: A systematic review*. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), e1026–e1053. <https://doi.org/10.1002/hpm.2768>
- Retnosari, M. C., Suryawati, C., & Harto, P. (2022). Analisis Efektivitas dan Efisiensi Pengelolaan Anggaran di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 10(3), 231–240. <https://doi.org/10.14710/jmki.10.3.2022.231-240>
- Rintani, A., & Wibowo, A. (2020). *Health Sector Decentralization And Its Implication To Health Services In Indonesia*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.26553/jikm.2019.10.1.1-14>
- Runtiningsih, S., & Susamto, A. A. (2024). Pengaruh Persaingan Politik terhadap Anggaran Kesehatan: Studi Kasus pada Kabupaten dan Kota di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Dan Pembangunan Indonesia*, 24(1), 79–92. <https://doi.org/10.21002/jepi.2024.05>
- Simanjuntak, K. (2020). Implementasi Kebijakan Desentralisasi Pemerintahan di Indonesia. *Jurnal Bina Praja*, 07(02), 111–130. <https://doi.org/10.21787/jbp.07.2015.111-130>
- Sujarwoto, & Maharani, A. (2022). *Participation in community-based healthcare interventions and non-communicable diseases early detection of general population in Indonesia*. *SSM*

- *Population Health*, 19(May), 101236. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101236>
- Suriadi, H., Frinaldi, A., Magriasti, L., & Yandri, L. (2024). Desentralisasi Dan Upaya Peningkatan Otonomi Daerah: Menuju Pembangunan Berkelanjutan Di Indonesia. *Menara Ilmu*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.31869/mi.v18i1.4869>
- Susanto, A. P., Findyartini, A., Taher, A., Susilaradeya, D., Ariawan, I., Dartanto, T., Takwin, B., Prasodjo, I. B., Yusuf, P. A., Sudarmono, P. P., Syam, A. F., & Wiweko, B. (2020). *COVID-19 in Indonesia: Challenges and Multidisciplinary Perspectives for a Safe and Productive New Normal*. *Acta Medica Indonesiana*, 52(4), 423–430.
- Suwarlan, E., Suwaryo, U., & Mulyawan, R. (2020). Penyelenggaraan Desentralisasi Kesehatan Oleh Pemerintah Daerah. *Jurnal Agregasi : Aksi Reformasi Government Dalam Demokrasi*, 7(2), 123–146. <https://doi.org/10.34010/agregasi.v7i2.2316>
- Syahdilla, I., & Susilawati, S. (2023). Analisis distribusi sumber daya manusia kesehatan berdasarkan standar ketenagaan Puskesmas. *Jurnal SAGO Gizi Dan Kesehatan*, 4(2), 300–306. <https://doi.org/10.30867/gikes.v4i2.1267>
- Syamsul, A. (2023). Analisis Problematika Sistem Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). *Sosialita*, 2(2), 494–504.