

# Pengukuran Kinerja Kesehatan Masyarakat Dalam Konstelasi Akuntabilitas Kinerja Pemerintah Daerah

Alexander Arie Sanata Dharma

E-mail: [alexander.arie@ui.ac.id](mailto:alexander.arie@ui.ac.id)

Program Magister Ilmu Administrasi, Universitas Indonesia

## *Abstract*

*Public health development is one of the foundations for managing pandemics in the world. In Indonesia, the health sector is one of the decentralized functions, so that public health development is a regional authority. The Ministry of Health, as the leading sector, has the Public Health Development Index (IPKM) as a performance indicator to measure public health development. On the other hand, the Ministry of Finance, which has an essential role in distributing budgets to local governments, measures local governments' performance using the Health Index indicator. The purpose of this study is to compare the two public health indicators with indicators commonly used in performance management in Indonesia, namely the Government Agency Performance Accountability System (SAKIP), in the scope of local government's performance. Based on the comparative tests conducted, there is no difference between the Health Index and the IPKM, and there is a difference between the Health Index and the IPKM and the SAKIP value. This study recommends strengthening the IPKM as an indicator of public health performance that the Ministry of Finance can use in local government performance management to evaluate the use of TKDD for the health sector.*

**Keywords:** Health Index, IPKM, Public Health, SAKIP

## *Abstrak*

*Pembangunan kesehatan masyarakat menjadi salah satu pondasi untuk penanganan pandemi di dunia. Secara khusus untuk Indonesia, sektor kesehatan merupakan salah satu urusan yang didesentralisasikan sehingga pembangunan kesehatan masyarakat merupakan kewenangan daerah. Untuk mengukur pembangunan kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan sebagai leading sector memiliki Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) sebagai indikator kinerja. Di sisi lain, Kementerian Keuangan yang memiliki peran penting dalam distribusi anggaran ke daerah melakukan pengukuran kinerja pemerintah daerah melalui Indeks Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan kedua indikator kesehatan masyarakat dengan indikator yang umum digunakan dalam manajemen kinerja di Indonesia, yaitu SAKIP, dalam ruang lingkup kinerja pemerintah daerah. Berdasarkan uji beda yang dilakukan diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan antara Indeks Kesehatan dan IPKM serta terdapat perbedaan antara Indeks Kesehatan maupun IPKM dengan nilai SAKIP. Penelitian ini merekomendasikan penguatan IPKM sebagai indikator kinerja kesehatan masyarakat yang dapat digunakan oleh Kementerian Keuangan dalam manajemen kinerja pemerintah daerah sekaligus untuk mengevaluasi pemanfaatan TKDD untuk sektor kesehatan.*

**Kata Kunci:** Indeks Kesehatan, IPKM, Kesehatan Masyarakat, SAKIP

## Pendahuluan

Sejak diidentifikasi pertama kali pada 31 Desember 2019, infeksi virus *Severe*

*Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) dalam waktu singkat berkembang menjadi pandemi global (Baloch et al., 2020; Sohrabi et al., 2020). Kombinasi ketiadaan obat maupun vaksin spesifik, angka kematian yang tinggi, transmisi yang mudah, serta urgensi intervensi kesehatan masyarakat yang membutuhkan perubahan pola perilaku secara drastis mensyaratkan hadirnya berbagai kebijakan oleh pemerintah di berbagai negara untuk penanggulangan penyakit yang kemudian diberi nama COVID-19 ini (Dharma & Kasim, 2021; Wu & McGoogan, 2020). Sebagian dari kebijakan tersebut dinilai sukses, sementara sebagian lagi mendapat berbagai kritik.

Sejumlah negara seperti Hong Kong, Jepang, Singapura, dan Taiwan dinilai cukup sukses dalam pengambilan kebijakan terkait COVID-19 pada gelombang pertama, antara lain karena memiliki pengalaman menangani SARS pada 2002-2003 (Canals et al., 2020; Legido-Quigley et al., 2020; Wang et al., 2020). Sebaliknya, pada periode yang sama, negara lain seperti Italia dan Amerika Serikat justru mendapat kritik atas kebijakan yang diambil, baik terkait pengujian dan penelusuran kasus, kapasitas *Intensive Care Unit* (ICU), hingga sistem kesehatan secara menyeluruh (Grasselli et al., 2020; Mareiniss, 2020).

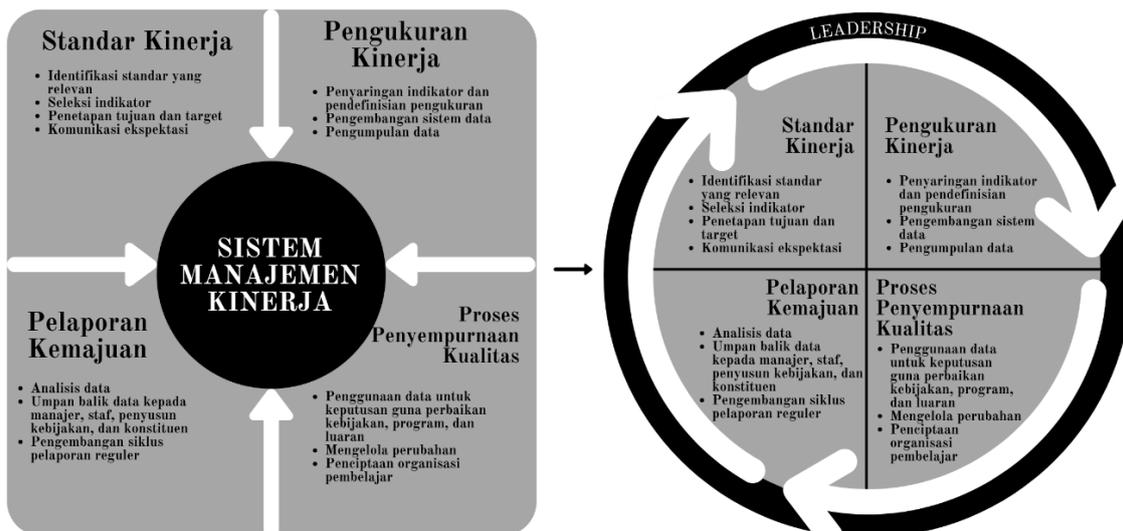
Indonesia sendiri telah mengalami puncak kurva angka kasus pada bulan Juli 2021 dengan penambahan kasus di atas 50 ribu per hari, sebelum kemudian turun hingga kisaran 10 ribu kasus per hari. Sejak awal pandemi, Indonesia mengalami cukup banyak terjadi dinamika relasi pusat-daerah, seperti ketimpangan jumlah pengujian antar provinsi, pengaturan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), serta dinamika lainnya. Urusan kesehatan sendiri, sejak implementasi otonomi daerah melalui Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 telah menjadi urusan yang didesentralisasikan ke daerah (Mudrikah & Dharma, 2021). Desentralisasi sendiri pada prinsipnya adalah tentang distribusi otoritas (Nurmasari & Hafis, 2019), yang dalam konteks kesehatan terkait dengan upaya mendekatkan masyarakat sebagai pengguna layanan dasar dengan pemerintah di daerah selaku penanggung jawab (Tekege & Murti, 2015).

Penanganan pandemi COVID-19 secara umum berhubungan dengan kesiapan sektor kesehatan masyarakat sebelum pandemi (Dharma, 2021). Secara khusus di Indonesia, hal ini berkorelasi dengan tanggung jawab pemerintah daerah selaku pemilik urusan kesehatan sebagai salah satu urusan konkuren. Salah satu wujud

dari implementasi urusan kesehatan ini adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai unit dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Alamsyah & Handoko, 2019), termasuk dengan pemanfaatan penanganan penyakit seperti HIV/AIDS dengan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) (Fritantus & Rukminingsih, 2015).

Di Amerika Serikat, pengukuran kinerja sektor kesehatan masyarakat muncul seiring perkembangan manajemen kinerja pemerintahan secara umum. Adapun untuk kesehatan masyarakat, fokusnya adalah pada pemanfaatan data kinerja secara aktif untuk memperbaiki kesehatan masyarakat yang melibatkan pemanfaatan strategis dari standar dan pengukuran kerja, pelaporan kemajuan, serta upaya perbaikan mutu secara berkesinambungan untuk memastikan pencapaian target (DeAngelo et al., 2014).

Pada tahun 2013, *the National Public Health Improvement Initiative* (NPHII) memperkenalkan pembaruan kerangka pikir dengan elemen perubahan pada faktor kepemimpinan yang secara spesifik meliputi 4 elemen yakni penanaman budaya mutu, penyesuaian praktik manajemen kinerja dengan sasaran strategis organisasi, penekanan pada faktor pelanggan dalam pengambilan keputusan, serta peningkatan transparansi kinerja organisasi. Faktor kepemimpinan tersebut mendukung 4 aspek kunci yang telah lebih dahulu didefinisikan yakni standar kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kemajuan, dan peningkatan kualitas.



Gambar 1. *Framework* Manajemen Kinerja Kesehatan Masyarakat (DeAngelo et al., 2014)

Di Indonesia, pendekatan manajemen kinerja pemerintahan secara umum dilaksanakan melalui implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang dikembangkan melalui kerjasama pusat-daerah.

Pemerintah daerah menetapkan sendiri sistem manajemen dan pengukuran kinerjanya berdasarkan garis-garis besar yang ditetapkan oleh pusat melalui Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KemenPAN dan RB) yang kemudian juga akan melakukan evaluasi (Ateh et al., 2020). SAKIP dievaluasi setiap tahun menggunakan perangkat yang telah distandardisasi dan hasilnya digunakan untuk berbagai kepentingan. Sebagai contoh, Kementerian Keuangan RI (2018) melalui Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) menggunakan hasil evaluasi SAKIP sebagai komponen formula pengalokasian Dana Insentif Daerah (DID). Sejalan dengan pemikiran DeAngelo et al. (2014) tentang peran penting kepemimpinan, Ateh et al. (2020) juga mengidentifikasi hal yang mirip. Pertama, kepala daerah sebagai pemimpin dapat menjadi titik lemah potensial dari pendekatan SAKIP terutama jika dikaitkan dengan sukseksi demokrasi. Kedua, terdapat kepala daerah yang memang tidak ingin memperbaharui manajemen kinerja.

Elemen kepemimpinan menjadi benang merah untuk dikomparasikan dengan manajemen kinerja sektor kesehatan masyarakat dengan SAKIP sebagai perspektifnya. Untuk sektor kesehatan masyarakat, di Indonesia setidaknya terdapat dua indikator yang dapat digunakan. Indikator pertama adalah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. IPKM merupakan salah satu alat pemantauan keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat melalui penentuan peringkat daerah, baik provinsi maupun kabupaten/kota (Tjandrarini et al., 2019). Dalam konteks anggaran, Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan menggunakan indikator Indeks Kesehatan (Kementerian Keuangan RI, 2020a). Keberadaan lebih dari satu indikator pada sektor yang sama dan dikembangkan oleh instansi yang berbeda kiranya sejalan dengan pemikiran Diana (2014) perihal tantangan penerapan manajemen kinerja, antara lain pendefinisian maupun identifikasi indikator-indikator yang tepat.

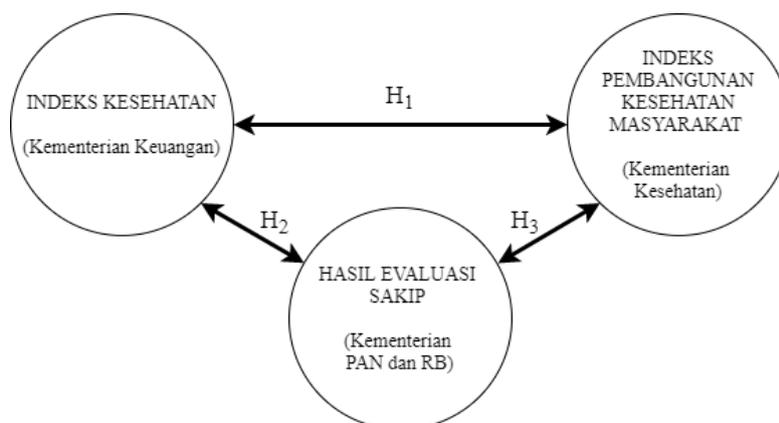
IPKM, Indeks Kesehatan, maupun SAKIP dapat dipandang dalam kerangka pikir bahwa manajemen kinerja memiliki pengertian yang luas, salah satunya adalah pemanfaatan informasi kinerja dalam pengambilan keputusan. Informasi kinerja sendiri diperoleh dari pengukuran kinerja. Penggunaan indikator kuantitatif

sendiri mulai digunakan secara masif pada periode 2000-an seiring berkembangnya metode pengumpulan data maupun kapasitas analisis. Data-data tersebut mencakup potret statistik dari kondisi menggunakan berbagai indikator (Berman, 2006).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan antara IPKM dengan Indeks Kesehatan pada pemerintah daerah di Indonesia serta perbandingan kedua indikator kesehatan masyarakat tersebut terhadap SAKIP. Pada umumnya, penelitian terkait IPKM dilakukan untuk mendalami komponennya seperti yang dilakukan Anuraga & Sulistiyawan (2017) atau pemanfaatannya dalam kebijakan (Retnaningsih, 2011). Sementara itu, SAKIP lebih banyak diteliti dalam kaitannya dengan pelaksanaan reformasi birokrasi. Dengan demikian, upaya untuk membandingkan tiga indikator dari tiga sumber yang berbeda merupakan unsur kebaruan yang ditawarkan oleh penelitian ini.

## Metode

Kerangka pikir dan model analisis dikembangkan sesuai **Gambar 2** untuk dapat mengidentifikasi perbedaan antara indeks kesehatan dan IPKM, serta komparansi kedua indikator tersebut dengan SAKIP yang menurut Ateh et al. (2020) merupakan bentuk model implementasi manajemen kinerja di Indonesia. Indeks Kesehatan digunakan oleh DJPK untuk mengevaluasi alokasi DAK yang secara langsung mempengaruhi pembangunan kesehatan masyarakat di daerah, sedangkan IPKM merupakan elemen komposit berbasis kerangka pikir internasional yang dapat digunakan untuk mengukur pembangunan kesehatan pada suatu daerah.



**Gambar 2. Pengembangan Model Penelitian (Sumber: Ateh et al., 2020; DeAngelo et al., 2014; Kementerian Keuangan RI, 2020; Tjandrarini et al., 2019)**

Hipotesis yang dikembangkan untuk mengetahui komparansi ketiga indikator yang berasal dari 3 sumber berbeda namun pada implementasinya dapat mempengaruhi kebijakan yang diambil oleh pemerintah pada bidang kesehatan

masyarakat tersebut adalah sebagai berikut:

- H<sub>1</sub> : ada perbedaan antara Indeks Kesehatan dan IPKM
- H<sub>2</sub> : ada perbedaan antara Indeks Kesehatan dan nilai SAKIP
- H<sub>3</sub> : ada perbedaan antara IPKM dan nilai SAKIP

Studi ini membandingkan variabel-variabel yang berasal dari sumber data berbeda, namun profilnya melekat pada suatu objek. Pengujian hipotesis dilakukan dengan melibatkan tiga variabel independen yaitu indeks kesehatan, IPKM, dan nilai SAKIP. Teknik analisis yang digunakan adalah pengujian komparatif. Hasil dari analisis kemudian diinterpretasikan dalam pembahasan yang kemudian dirangkum melalui simpulan. Ruang lingkup pada penelitian ini sesuai dengan penekanan Kuncoro (1995) bahwa ujung tombak desentralisasi adalah pada tingkatan kabupaten/kota sehingga penelitian ini tidak menggunakan data pada level provinsi kecuali DKI Jakarta sesuai dengan kekhususannya.

Penelitian menggunakan data sekunder dari Indeks Kesehatan tahun 2020 (Kementerian Keuangan RI, 2020a), IPKM tahun 2018 Kementerian Kesehatan (Tjandrarini et al., 2019), dan nilai evaluasi SAKIP tahun 2019 yang diperoleh dari Kementerian PAN-RB melalui Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID). Data-data tersebut cukup mutakhir dan walaupun diterbitkan oleh instansi yang berbeda pada tahun yang berbeda namun berada dalam satu koridor waktu. Indeks Kesehatan bersumber dari rilis tahun 2020, namun komponen datanya berasal dari tahun 2018. IPKM yang terbit pada 2019 merupakan hasil riset tahun 2018. Sedangkan, evaluasi SAKIP tahun 2019 didasarkan pada Laporan Kinerja tahun 2018.

Indeks Kesehatan dan IPKM merupakan data rasio, sedangkan nilai evaluasi SAKIP adalah data ordinal. Pada proses analisis, Indeks Kesehatan dan IPKM dikonversi menjadi ordinal melalui persentil sehingga diperoleh tiga tingkatan data yang relevan dengan kategorisasi data pada kajian mengenai Indeks Kesehatan (Kementerian Keuangan RI, 2020a). Pada data kajian tersebut diketahui bahwa secara umum 96,49% daerah telah memenuhi *mandatory spending*. Berdasarkan Indeks Kesehatan, sebanyak 33,5% daerah memiliki Indeks Kesehatan tinggi sedangkan 33,3% pada kategori Sedang dan Rendah.

Penelitian ini menggunakan analisis komparatif terhadap tiga indikator kinerja dengan variabel independen dikomparasikan terhadap variabel independen

lainnya. Analisis komparatif dilakukan untuk memvalidasi masing-masing indikator sesuai dengan konteksnya.

Variabel Indeks Kesehatan menggambarkan profil pelayanan kesehatan pada daerah yang dihitung oleh DJPK menggunakan model *Principal Components Analysis* (PCA) berdasarkan indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan, balita yang pernah mendapatkan imunisasi lengkap, balita dengan gizi normal (tidak *stunting*), dan angka harapan hidup (Kementerian Keuangan RI, 2020a). Variabel IPKM menggambarkan potret gambaran kesehatan di daerah. IPKM dihasilkan dari pembobotan dan penilaian pada 30 indikator yang terbagi dalam 7 kategori yaitu kesehatan balita, kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, penyakit tidak menular, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan (Tjandrarini et al., 2019). Variabel nilai SAKIP menggambarkan kinerja pemerintahan daerah secara umum untuk menggambarkan kapasitas untuk melakukan penanganan permasalahan kesehatan berupa pandemi COVID-19 di daerah masing-masing. Nilai evaluasi SAKIP dihasilkan oleh KemenPAN-RB melalui proses evaluasi terstruktur dan telah dipublikasikan pada awal tahun 2020.

Seluruh data yang digunakan pada penelitian ini merupakan data ordinal sehingga pengujian yang dilakukan adalah non-parametris dan uji beda yang dilakukan adalah *Wilcoxon Signed Rank Test*. Pengujian dilakukan pada data yang berpasangan mengingat Indeks Kesehatan, IPKM, maupun nilai evaluasi SAKIP melekat pada setiap kabupaten/kota. Perbedaan antar variabel diketahui dari nilai signifikansi. Apabila nilainya  $> 0,05$  maka tidak terdapat perbedaan di antara kedua variabel yang diujikan. Adapun piranti lunak yang digunakan dalam penelitian ini adalah SPSS.

## **Hasil dan Pembahasan**

Manajemen kinerja merupakan tindakan yang didasarkan pada pengukuran terhadap indikator kinerja yang meliputi empat tipe, yaitu output (perihal jumlah produk/layanan yang dihasilkan), manfaat (perihal nilai suatu produk/layanan kepada pengguna akhir), kinerja (perihal produksi suatu produk/layanan), serta komposit yang merupakan kombinasi tiga tipe sebelumnya (Fryer et al., 2009). Dalam pelaksanaan kegiatannya, pemerintah berkewajiban untuk mengimplementasikan akuntabilitas kinerja.

Di Indonesia, implementasi akuntabilitas terutama pada aspek kinerja dikelola melalui SAKIP. Dalam SAKIP dapat diketahui kebijakan dan program yang dilakukan oleh Kementerian/Lembaga maupun Pemerintah Daerah berikut keselarasannya dengan visi, misi, tujuan, dan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Hal ini menjadi penting karena kebijakan dan program tersebut menggunakan pembiayaan yang umumnya melalui APBN/APBD.

Pelaporan dan evaluasi SAKIP pada tingkat K/L maupun Pemda menjadi instrumen kontrol pada pencapaian hasil dan pelayanan publik karena telah meliputi aspek perencanaan, pengukuran, pelaporan, hingga pemanfaatan informasi kinerja. Akuntabilitas sendiri akan sangat terbantu dengan hadirnya data-data kuantitatif (Berman, 2006). Dalam penanganan pandemi COVID-19, akuntabilitas memegang peranan penting seiring kebutuhan akan data yang prima untuk pengambilan kebijakan.

Seluruh parameter utama pemerintahan yang dapat dipantau melalui SAKIP tidak lepas dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN 2020-2024). Sasaran dari RPJMN adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang yang menekankan pada terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh dengan berlandaskan kepada keunggulan kompetitif di berbagai wilayah dengan didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan memiliki daya saing. Titik fokusnya adalah pada sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, serta berkarakter. Salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan tersebut adalah peningkatan akses kualitas pelayanan kesehatan (Kementerian Keuangan RI, 2020a).

Mengacu dari kerangka pikir yang dikembangkan oleh DeAngelo et al. (2014) tentang manajemen kinerja kesehatan masyarakat dan ditunjang oleh penekanan dari Ateh et al. (2020) perihal posisi kritis kepemimpinan pada SAKIP, maka SAKIP dalam penelitian ini menjadi representasi dari elemen kepemimpinan berikut 4 elemen yang terkandung di dalamnya. SAKIP sendiri telah dievaluasi oleh Kementerian PAN dan RB setiap tahunnya (Ateh et al., 2020) sehingga relevan untuk dikomparasikan dengan elemen dasar dari kesehatan masyarakat.

Untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, salah satu faktor pentingnya adalah keuangan. Di Indonesia, sumber pendanaan terbesar pada

sebagian besar daerah adalah Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) yang memiliki proporsi lebih besar dibandingkan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Dalam konteks desentralisasi fiskal, Pemerintah Pusat memiliki wewenang pada TKDD sehingga perlu mengawasi kebijakan yang telah diimplementasikan dan mempertimbangkan instrumen kebijakan yang harus diambil di kemudian hari. Untuk itu, Kementerian Keuangan melalui DJPK menyusun Indeks Kesehatan yang terdiri dari sejumlah variabel pembentuk untuk dapat menggambarkan kondisi kesehatan pada setiap level pemerintahan. Indeks ini digunakan untuk menganalisis korelasi antara kualitas pelayanan publik pada bidang kesehatan dengan kebijakan TKDD (Kementerian Keuangan RI, 2020a).

Secara khusus untuk melakukan pemantauan pembangunan kesehatan masyarakat pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, sejak tahun 2010 Kementerian Kesehatan mengembangkan IPKM. Kerangka konsep IPKM menggunakan pendekatan WHO yaitu "*The six building blocks of health system*" yang memuat enam pilar sistem kesehatan yaitu pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses terhadap alat kesehatan/vaksin/teknologi, pembiayaan kesehatan, dan kepemimpinan serta sumber daya kesehatan (Tjandrarini et al., 2019). IPKM dapat menjadi alat ukur untuk keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat (Rachmat, 2018).

Pembangunan kesehatan masyarakat adalah ruang lingkup yang lebih luas dibandingkan pelayanan kesehatan. Manajemen kinerja pada pelayanan kesehatan menyangkut relasi dengan sektor privat serta memiliki korelasi dengan transaksi yang memberi pengaruh pada kinerja. Dengan demikian, pengukuran kinerja pada kesehatan masyarakat memiliki kompleksitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan aspek pelayanan kesehatan saja. Secara umum, penanganan terhadap suatu kejadian penyakit menular, termasuk juga penanganan secara memadai merupakan ruang lingkup pembangunan kesehatan masyarakat. Di sisi lain, elemen penting yang mendukung kinerja pembangunan kesehatan masyarakat yakni anggaran dikelola oleh Kementerian Keuangan melalui DJPK dan penyalurannya didasarkan pada indikator kinerja Indeks Kesehatan.

Pembangunan kesehatan masyarakat secara umum telah disepakati sesuai dengan kerangka pikir perihal pentingnya kepemimpinan (DeAngelo et al., 2014). Kata kunci kepemimpinan ini juga dipegang oleh Ateh et al. (2020) dalam perspektif

yang lebih luas untuk manajemen kinerja pemerintahan secara umum melalui SAKIP. Untuk itulah, penelitian ini mengkomparasikan dua indikator bidang kesehatan masyarakat dengan indikator kinerja umum berupa nilai SAKIP sehingga diperoleh gambaran tentang indikator yang digunakan untuk pengukuran kinerja pada konteks kesehatan masyarakat secara umum dan pandemi COVID-19 pada khususnya. Sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa penanganan pandemi COVID-19 dipenuhi dinamika hubungan pusat-daerah yang sejatinya telah menjadi persoalan panjang di negeri ini. Desentralisasi dipandang sebagai upaya untuk mengakselerasi pembangunan. Di sisi lain—dalam konteks pandemi—sejumlah pendapat menyebut bahwa sentralisasi akan menjadi solusi yang lebih baik.

Terlepas dari dinamika hubungan yang terjadi, salah satu hal yang menarik sesudah diimplementasikannya otonomi daerah di Indonesia adalah belum berubahnya profil pendapatan di daerah sebagai ujung tombak pelayanan kepada publik. Gambaran umum yang disampaikan oleh Kuncoro (1995) perihal ketergantungan keuangan terhadap pusat masih terlihat pada tahun 2020 melalui proporsi TKDD. TKDD menjadi salah satu sumber pendapatan daerah dalam APBD dengan rata-rata persinya mencapai 65,2 persen pada tahun 2019. Artinya, ketika hubungan pusat-daerah tampak penuh dinamika di tataran publik, pada level anggaran berbeda sama sekali karena daerah masih sangat tergantung kepada pusat.

Kementerian Keuangan RI (2020b) dalam Kerangka Ekonomi Makro dan Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal Tahun 2021 menyebut bahwa TKK masih menjadi instrumen penting implementasi desentralisasi fiskal, utamanya untuk mendukung penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan di daerah. Di samping itu, TKDD juga menjadi instrumen untuk mendukung capaian prioritas nasional. Volume TKDD sendiri dalam APBN mencapai sepertiga belanja negara dengan porsi terbesar berupa Dana Alokasi Umum (DAU) yang bersifat *block grant* dengan rata-rata 50,4 persen. Porsi terbesar kedua adalah Dana Transfer Khusus (DTK) dengan rata-rata 23,9 persen, yang kemudian diikuti oleh Dana Bagi Hasil (DBH) dengan rata-rata 11,8 persen. DTK sendiri terdiri dari Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik dengan porsi rata-rata 7,1 persen serta DAK Nonfisik dengan porsi rata-rata 16,9 persen.

Seluruh program pemerintah—termasuk penanganan pandemi COVID-19 memerlukan sumber daya, antara lain berupa anggaran. Pada konteks ini,

pemerintah pusat melalui Kementerian Keuangan perlu melakukan pengendalian secara optimal dalam penyaluran TKDD, salah satunya melalui evaluasi yang komprehensif berdasarkan indikator kinerja yang tepat. Pengendalian yang optimal menjadi komponen penting untuk menjamin sumber daya yang ada dapat digunakan sebesar-besarnya untuk rakyat melalui seluruh program yang ada.

Pada saat yang sama, kesesuaian visi, misi, tujuan, sasaran strategis, sampai dengan program yang dimiliki oleh pemerintah pusat dengan pemerintah daerah dipantau oleh KemenPAN-RB melalui evaluasi SAKIP. Implementasi SAKIP dinyatakan dalam Laporan Kinerja yang wajib disusun oleh pemerintah daerah setiap tahunnya. Nilai evaluasi SAKIP merupakan gambaran umum akuntabilitas kinerja pada suatu pemerintah daerah. Pada turunannya, Inspektorat Daerah juga melakukan evaluasi SAKIP pada tingkat perangkat daerah yang prosesnya sejalan dengan evaluasi yang dilakukan KemenPAN-RB terhadap SAKIP tingkat pemerintah daerah.

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa proporsi TKDD masih mendominasi APBD di kabupaten/kota. TKDD menjadi komponen APBD bersama dengan PAD. Pada umumnya PAD dari unsur pajak dan retribusi berasal dari kegiatan ekonomi yang terkena imbas intervensi kesehatan masyarakat berupa pembatasan kontak antar manusia seperti tempat hiburan, pusat perbelanjaan, hingga pariwisata dan berbagai komponen yang terkait. Pandemi COVID-19 memberikan dampak pada menurunnya PAD di kabupaten/kota yang mengandalkan sumber-sumber tersebut. Pada akhirnya, untuk tetap bisa menjalankan pemerintahan baik untuk mewujudkan visi, misi, tujuan, hingga sasaran strategis maupun untuk dapat melakukan penanganan terhadap pandemi yang terjadi, TKDD menjadi sumber pendapatan utama. Dalam posisi TKDD sebagai sumber pendapatan utama, maka pengendalian mutu dari TKDD dari perencanaan, pemantauan, evaluasi, serta pengawasan pelaksanaannya menjadi sangat penting. Pengendalian mutu hendaknya diselenggarakan lintas K/L maupun unit terkait secara bertanggung jawab sesuai dengan peruntukan anggaran.

Di awal pandemi, TKDD dikelola dengan Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Bagi Hasil (DBH), dan Dana Insentif Daerah (DID) diprioritaskan untuk digunakan pada kegiatan pencegahan dan/atau penanganan COVID-19 yang meliputi pengadaan obat-obatan, Alat Pelindung Diri (APD), termasuk honorarium tenaga

kesehatan. Pelaksanaan kegiatan tersebut dilaporkan sebagai persyaratan penyaluran DAU dan DBH. Dilakukan pula relaksasi penyaluran DID untuk kategori Pelayanan Dasar Publik Bidang Kesehatan menjadi sekaligus. DAK Fisik Bidang Kesehatan juga direvisi rencana kegiatannya dengan mengedepankan penanganan COVID.

Secara lebih komprehensif, kebijakan TKDD kemudian diatur antara lain dengan penyesuaian kebijakan *mandatory* TKDD. Demikian pula dengan penyaluran DAU disesuaikan menjadi tidak harus 1/12 per bulan, melainkan sesuai kondisi fiskal dan tingkat kebutuhan dari daerah. Termasuk di dalam pengaturan ini adalah penyaluran DBH yang didasarkan pada kemampuan keuangan negara dan perkembangan transmisi COVID-19. *Mandatory* anggaran infrastruktur daerah juga direlaksasi dari minimal 25 persen Dana Transfer Umum menjadi dapat digunakan pada kegiatan pencegahan maupun penanganan COVID-19. Hal itu mencakup jaringan pengaman sosial maupun sektor kesehatan. Pagu alokasi untuk DAK Fisik Bidang non Pendidikan dan Kesehatan juga disesuaikan, antara lain melalui penghentian dan penyesuaian pagu alokasi untuk Subbidang GOR dan Perpustakaan Daerah. Melalui penghematan ini, negara memperoleh Rp18,1 triliun dan pagu baru dalam cadangan DAK Fisik sebesar Rp9,1 triliun (Kementerian Keuangan RI, 2020b).

Ketika memandang pandemi COVID-19 sebagai permasalahan kesehatan, maka aspek yang perlu dianalisis adalah gambaran umum pembangunan kesehatan masyarakat yang telah berjalan. Untuk memotret hal ini, Kementerian Kesehatan menggunakan perangkat IPKM yang merupakan penilaian komposit dari unsur-unsur kesehatan masyarakat. Salah satu kesimpulan dari IPKM adalah kesenjangan pembangunan kesehatan yang cukup tinggi. Skor IPKM tertinggi diperoleh Kabupaten Gianyar (Provinsi Bali) dengan 0,7470. Di sisi lain, skor terendah diperoleh Kabupaten Paniai (Provinsi Papua) dengan 0,3469. Kesenjangan tersebut tanpa pandemi sekalipun sudah menjadi permasalahan bagi Indonesia. Munculnya pandemi COVID-19 pada sistem kesehatan yang belum optimal mendorong eskalasi permasalahan.

Dalam menyalurkan TKDD kepada kabupaten/kota, Kementerian Keuangan melalui DJPK melakukan berbagai evaluasi. Pada sektor kesehatan, salah satu komponen evaluasinya adalah Indeks Kesehatan yang dibentuk dari 4 indikator

yaitu persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan, balita yang pernah mendapat imunisasi lengkap, balita dengan gizi normal (tidak *stunting*), dan angka harapan hidup. Elemen kehamilan dan balita pada menjadi salah satu faktor penting kesehatan yang turut diukur dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) (Halwathiah, 2016; Suroyo, 2016). Keempat komponen tersebut dikonstruksi melalui reduksi variabel menjadi dimensi yang lebih kecil melalui metode PCA (Kementerian Keuangan RI, 2020a). Melalui metode ini, diharapkan reduksi variabel tetap dapat menerangkan sebagian besar keberagaman variabel aslinya. Hasil kajian DJPK menyebut bahwa 45 persen dari seluruh daerah di Indonesia memiliki indeks di bawah rata-rata nasional. Pada pengukuran Indeks Kesehatan, angka kesenjangannya jauh lebih tinggi dibandingkan IPKM mengingat terdapat rentang yang cukup jauh antara nilai terendah diperoleh Kabupate Nduga (Provinsi Papua) dengan 29,75 dan nilai tertinggi didapat Kota Yogyakarta (Provinsi DIY) dengan 100.

Indeks Kesehatan digunakan oleh Kementerian Keuangan sebagai komponen untuk mengevaluasi DAK Fisik sektor kesehatan sehingga capaiannya berdampak langsung pada kebijakan anggaran terkait penyaluran TKDD yang pada prosesnya juga berdampak pada kebijakan kesehatan yang diambil oleh kabupaten/kota setempat. Di sisi lain, IPKM menjadi landasan bagi Kementerian Kesehatan sebagai *leading sector* untuk menyusun program melalui perangkatnya sampai ke level kabupaten/kota. Kedua indeks ini pada dasarnya berada pada koridor bidang yang sama dan berasal dari dua institusi yang berbeda dengan peruntukan yang berbeda pula.

Baik Indeks Kesehatan dan IPKM merupakan penilaian dari skala 0-100. Akan tetapi, sebagaimana dijelaskan sebelumnya, ada rentang yang berbeda diantara keduanya. Sehingga, untuk dapat melakukan komparansi perlu dilakukan penyesuaian berupa kategorisasi melalui persentil sehingga diperoleh 3 bagian yang kurang lebih sama banyak untuk setiap indeks sehingga diperoleh gambaran seperti pada **Tabel 1**.

**Tabel 1. Sebaran Indeks Kesehatan dan IPKM**

Indeks Kesehatan	IPKM			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
Rendah	121	46	3	170
Sedang	41	89	39	169
Tinggi	6	38	126	170
Total	168	173	168	509

Sumber: diolah dari Tjandrarini et al. (2019) dan (Kementerian Keuangan RI, 2020a)

Secara deskriptif diperoleh data yang setara ketika 121 kabupaten/kota memiliki Indeks Kesehatan dan IPKM yang rendah dan 126 kabupaten/kota memiliki Indeks Kesehatan dan IPKM yang tinggi. Perbedaan yang signifikan hanya tampak pada 9 kabupaten/kota yang mendapat nilai rendah pada satu indeks dan memperoleh skor tinggi pada indeks lainnya. Kabupaten Aceh Besar (Aceh), Kota Medan dan Kota Tanjung Balai (Sumatera Utara) memiliki Indeks Kesehatan rendah, namun memiliki IPKM yang tinggi. Sebaliknya, Kabupaten Bengkulu Utara (Bengkulu), Kabupaten Situbondo (Jawa Timur), Kabupaten Seruyan (Kalimantan Tengah), serta Kabupaten Barito Kuala, Kabupaten Hulu Sungai Tengah, dan Kabupaten Tapin (Provinsi Kalimantan Selatan) memiliki Indeks Kesehatan yang tinggi namun memperoleh IPKM yang rendah. Melalui sebaran deskriptif ini, dapat dilihat bahwa kedua indikator kinerja bidang kesehatan masyarakat ini memiliki pola yang sama.

Berangkat dari kesamaan kata kunci baik pada kerangka pikir DeAngelo et al. (2014) maupun Ateh et al. (2020) maka indikator kesehatan masyarakat berupa Indeks Kesehatan dan IPKM dimungkinkan untuk dibandingkan dengan nilai evaluasi SAKIP dari KemenPAN-RB. Argumentasi utamanya adalah karena nilai evaluasi SAKIP dianggap dapat mewakili kinerja suatu pemerintah daerah. Secara deskriptif diperoleh gambaran bahwa Indeks Kesehatan yang rendah sebanding dengan nilai evaluasi SAKIP yang juga semakin rendah, demikian pula sebaliknya. Sebanyak 6 kabupaten/kota yang tidak dievaluasi SAKIP-nya karena ketiadaan Laporan Kinerja yaitu Kabupaten Yahukimo, Kabupaten Mamberamo Tengah, Kabupaten Dogiyai, Kabupaten Puncak, dan Kabupaten Intan Jaya (Provinsi Papua) serta Kabupaten Pegunungan Arfak (Provinsi Papua Barat) memiliki Indeks Kesehatan yang rendah. Demikian pula sebagian besar kabupaten/kota yang memiliki Indeks Kesehatan rendah memiliki nilai SAKIP C dan CC.

**Tabel 2. Sebaran Indeks Kesehatan dan Nilai Evaluasi SAKIP**

Indeks Kesehatan	Nilai Evaluasi SAKIP						Total
	Tidak Ada Nilai	C	CC	B	BB	A	
Rendah	6	60	57	39	6	2	170
Sedang	-	21	51	79	17	1	169
Tinggi	-	2	20	110	29	9	170
Total	6	83	128	228	52	12	509

Sumber: diolah dari Kementerian Keuangan RI (2020a) dan data PPID KemenPAN-RB

Pada kabupaten/kota yang memiliki Indeks Kesehatan sedang, sebarannya nilai evaluasi SAKIP-nya bergeser naik dengan 51 kabupaten/kota mendapat nilai CC dan 79 diantaranya mendapat nilai B. Demikian pula pada kabupaten/kota dengan Indeks Kesehatan tinggi, sebaran mayoritasnya naik ke B (110 kabupaten/kota) dan BB (29 kabupaten/kota). Mengingat indikator kinerja berupa Indeks Kesehatan ini disusun untuk memberikan gambaran tentang pelayanan kesehatan, maka gambaran yang diperoleh dari sebarannya terhadap nilai evaluasi SAKIP dapat memperkuat argumentasi bahwa nilai evaluasi SAKIP secara umum telah cukup dapat menggambarkan kinerja berbagai sektor dalam tata kelola pemerintah daerah, terutama secara khusus pada bidang kesehatan. Berdasarkan data sebaran ini juga diperoleh beberapa kondisi khusus seperti 2 daerah dengan Indeks Kesehatan rendah yang mendapat nilai evaluasi SAKIP A atau merupakan nilai tertinggi. Keduanya berasal dari Provinsi Banten yaitu Kabupaten Lebak dan Kabupaten Serang. Di sisi lain terdapat 2 daerah yang memiliki Indeks Kesehatan tinggi tetapi nilai SAKIP-nya masih C yaitu Kabupaten Lampung Utara dan Kota Sorong.

Kabupaten Lebak dan Kabupaten Serang merupakan daerah yang cukup luas dengan variasi daerah pedesaan dan perkotaan. Melihat komponen Indeks Kesehatan, dimungkinkan bahwa komponen penyusun yang rendah berasal dari daerah pedesaan dengan akses kesehatan yang masih minim. Sedangkan, pelayanan publik dipusatkan di daerah perkotaan sehingga mampu mendukung capaian akuntabilitas kinerja. Faktor-faktor tersebut memungkinkan terjadinya perbedaan yang timpang apabila dilakukan pengukuran melalui perspektif yang berbeda. Kota Sorong, misalnya, dalam perspektif Indikator Kesehatan telah memperoleh nilai yang baik berupa Indeks Kesehatan pada kategori tinggi ketika kabupaten/kota lain di provinsi Papua dan Papua Barat masih berada pada kategori rendah. Akan tetapi, kondisi kewilayahan Kota Sorong tentu berbeda jika dibandingkan dengan kabupaten lain di Papua dan Papua Barat, termasuk perihal akses kesehatan dan lain-lain.

Sejalan dengan Indeks Kesehatan, terhadap nilai evaluasi SAKIP diperoleh pola yang sama pada indikator kinerja IPKM. Sebagian besar kabupaten/kota dengan IPKM rendah memiliki nilai evaluasi SAKIP C, CC, dan B. Kabupaten/kota dengan nilai IPKM sedang terpusat pada nilai CC (53 kabupaten/kota) dan B (86

kabupaten/kota). Sedangkan daerah dengan IPKM tinggi memiliki sebaran nilai evaluasi SAKIP pada B dan BB masing-masing 96 dan 34 kabupaten/kota.

**Tabel 3. Sebaran IPKM dan Nilai Evaluasi SAKIP**

IPKM	Nilai Evaluasi SAKIP						Total
	Tidak Ada Nilai	C	CC	B	BB	A	
Rendah	6	58	50	46	6	2	170
Sedang	-	19	53	86	12	3	169
Tinggi	-	6	25	96	34	7	170
Total	6	83	128	228	52	12	509

Sumber: diolah dari Tjandrarini et al. (2019) dan Data PPID KemenPAN-RB

Pada sebaran ini juga didapati sejumlah daerah dengan kesenjangan nilai. Kota Sabang (Aceh), Kabupaten Simalungun, Kota Binjai, Kota Pematang Siantar, dan Kota Sibolga (Sumatera Utara) serta Kabupaten Mukomuko (Bengkulu) memiliki IPKM yang tinggi namun capaian akuntabilitas kinerjanya masih berada pada level C. Sebaliknya, Kabupaten Situbondo (Jawa Timur) dan Kabupaten Lebak (Banten) menjadi daerah dengan IPKM yang rendah namun mendapat nilai akuntabilitas kinerja yang tinggi. Kabupaten Lebak kembali menjadi data yang menunjukkan ketimpangan antara IPKM yang diperoleh dengan akuntabilitas kinerjanya sebagai bagian dari instansi pemerintah. Secara umum, nilai IPKM yang lebih tinggi cenderung dimiliki oleh kota. Hal itu dimungkinkan oleh luas wilayah yang lebih kecil sehingga pengelolaan berbagai aspek yang terkait dengan kesehatan cenderung lebih mudah.

Secara deskriptif telah ditemukan pola diantara Indeks Kesehatan, IPKM, dan nilai evaluasi SAKIP. Indeks Kesehatan, IPKM, dan nilai evaluasi SAKIP secara praktis telah banyak digunakan sebagai elemen dalam pengukuran yang mendasari manajemen kinerja. Apabila konteksnya diperluas ke arah pengambilan kebijakan berbasis bukti, maka manajemen kinerja menjadi penguatan argumentasi untuk meningkatkan kualitas dari kebijakan yang diambil. Penguatan argumentasi sebagaimana yang diteliti oleh Sayer (2020) akan memberi kedalaman pada bukti yang dimiliki menjadi tidak sekadar indikator kuantitatif belaka.

Untuk itu, di dalam penelitian ini dilakukan uji beda menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*. Uji beda dilakukan untuk mengetahui perbedaan antar indikator kinerja secara statistik. Hasil uji beda untuk Indeks Kesehatan, IPKM, dan nilai evaluasi SAKIP ditampilkan pada **Tabel 4**.

**Tabel 4. Hasil Analisis Komparatif Indikator Kebijakan**

Indikator yang diujikan	Signifikansi	Interpretasi
Indeks Kesehatan dan IPKM ( $H_1$ )	0,992	Tidak ada perbedaan
Indeks Kesehatan dan nilai evaluasi SAKIP ( $H_2$ )	0,000	Ada perbedaan
IPKM dan nilai evaluasi SAKIP ( $H_3$ )	0,000	Ada perbedaan

Sumber: diolah dari Tjandrarini et al. (2019) dan Data PPID KemenPAN-RB

Berdasarkan uji beda diketahui bahwa terdapat perbedaan antara Indeks Kesehatan dengan nilai evaluasi SAKIP dan IPKM dengan nilai evaluasi SAKIP. Hal ini dimungkinkan karena perbedaan ukuran ruang lingkup. Indeks Kesehatan dan IPKM sendiri spesifik pada unsur-unsur terkait kesehatan, sedangkan SAKIP merupakan penilaian secara umum. Nilai signifikansi yang diperoleh adalah  $< 0,05$  sehingga secara statistik  $H_2$  dan  $H_3$  diterima dan terdapat perbedaan antara indikator yang diujikan. Hal ini menjadi penunjang argumentasi yang dikembangkan pada analisis deskriptif sebelumnya, terutama untuk menjelaskan penyimpangan terhadap pola yang diperoleh bahwa pada Indeks Kesehatan dan IPKM yang rendah, maka nilai SAKIP cenderung berada di level C dan CC, dan seterusnya sampai Indeks Kesehatan dan IPKM yang rendah maka nilai SAKIP berada pada level B dan BB. Indeks Kesehatan milik Kementerian Keuangan dan IPKM milik Kementerian Kesehatan secara statistik signifikansinya adalah 0,992 atau  $> 0,05$  sehingga  $H_1$  ditolak dan  $H_0$  diterima. Dengan demikian tidak ada perbedaan antara kedua indikator kinerja bidang kesehatan masyarakat yang diujikan. Hal ini dimungkinkan karena unsur penyusun Indeks Kesehatan pada umumnya merupakan komponen dari IPKM.

IPKM terdiri dari 7 indikator yaitu kesehatan balita, kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, penyakit tidak menular, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Pada setiap indikator tersebut terdapat unsur penyusun. Sebagai contoh, untuk komponen penyusun Indeks Kesehatan berupa persalinan ditolong tenaga kesehatan berada pada indikator pelayanan kesehatan untuk unsur persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Demikian pula dengan komponen penyusun Indeks Kesehatan berupa balita yang pernah mendapatkan imunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, dan Campak) sejalan dengan indikator kesehatan balita pada unsur imunisasi dasar lengkap. Komponen lain penyusun Indeks Kesehatan adalah balita dengan gizi normal, yang relevan dengan unsur lain dari indikator kesehatan balita pada IPKM yaitu balita gizi buruk dan kurang. Penyusun Indeks Kesehatan yang tidak termuat dalam IPKM adalah Angka

Harapan Hidup (AHH).

Sejalan dengan tidak adanya perbedaan antara Indeks Kesehatan dan IPKM, maka terbuka peluang Kementerian Keuangan untuk memberdayakan IPKM sebagai indikator kinerja yang digunakan untuk mengevaluasi TKDD. IPKM memiliki keunggulan pada ruang lingkup yang lebih luas dan lebih komprehensif untuk menilai pembangunan kesehatan dibandingkan Indeks Kesehatan yang dikembangkan oleh Kementerian Keuangan melalui DJPK. Akan tetapi, IPKM sendiri sifatnya tidak dilakukan periodik setiap tahun. Sejak hadir pada 2010, IPKM baru dirilis 3 kali sehingga tidak ada ketersediaan data tahunan dan hal ini menjadi kelemahan dari IPKM. Diperlukan koordinasi lebih lanjut antara Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kualitas dan pemanfaatan indikator kinerja IPKM sebagai data acuan tunggal yang multi manfaat sehingga dapat menunjang implementasi manajemen kinerja yang lebih terintegrasi, secara khusus pada bidang kesehatan masyarakat.

### **Simpulan**

Penelitian ini berfokus pada 3 indikator yaitu nilai SAKIP dari KemenPAN-RB, indeks kesehatan dari Kementerian Keuangan, dan IPKM dari Kementerian Kesehatan. Berdasarkan pengujian yang dilakukan pada indikator kinerja kesehatan masyarakat dari pemerintah daerah—Kabupaten/Kota pada umumnya dengan DKI Jakarta sebagai pengecualian—dapat disimpulkan bahwa Indeks Kesehatan tidak berbeda dengan IPKM dan keduanya memiliki perbedaan dengan nilai evaluasi SAKIP. Tidak adanya perbedaan antara Indeks Kesehatan dan IPKM memungkinkan adanya integrasi IPKM sebagai indikator kinerja yang dapat digunakan oleh Kementerian Keuangan untuk mengukur kinerja pemanfaatan TKDD sekaligus sebagai pertimbangan penyaluran DAK ke daerah. Selain karena ketiadaan perbedaan dari uji beda, IPKM memuat data komposit yang lebih komprehensif untuk dijadikan pengukuran kinerja bidang kesehatan masyarakat.

Di sisi lain, secara statistik terdapat perbedaan antara kedua indikator kinerja bidang kesehatan masyarakat dengan SAKIP. Hal ini dimungkinkan karena ruang lingkup SAKIP yang merupakan wujud manajemen kinerja secara umum. Akan tetapi, secara deskriptif dapat dilihat adanya pola yang secara umum mengidentifikasi bahwa semakin baik nilai SAKIP akan semakin baik pula capaian indikator kinerja pada bidang kesehatan masyarakat baik Indeks Kesehatan maupun IPKM.

## Referensi

- Alamsyah, & Handoko, R. (2019). Kualitas Pelayanan Puskesmas Dalam Mengukur Kepuasan Masyarakat (Di Puskesmas Borong Rappoa Kecamatan Kindang Kabupaten Bulukumba Provinsi Sulawesi Selatan). *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 5(2), 1217–1225.
- Anuraga, G., & Sulistiyawan, E. (2017). Autokorelasi Spasial Untuk Pemetaan Karakteristik Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Pada Kabupaten/Kota di Jawa Timur. *Statistika*, 5(2).
- Ateh, M. Y., Berman, E., & Prasojo, E. (2020). Intergovernmental Strategies Advancing Performance Management Use. *Public Performance & Management Review*, 43(5), 993–1024. <https://doi.org/10.1080/15309576.2020.1736588>
- Baloch, S., Baloch, M. A., Zheng, T., & Pei, X. (2020). The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 250(4), 271–278. <https://doi.org/10.1620/tjem.250.271>
- Berman, E. (2006). *Performance and productivity in public and nonprofit organizations*. ME Sharpe.
- Canals, M., Cuadrado, C., Canals, A., Yohannessen, K., Lefio, L. A., Bertoglia, M. P., Eguiguren, P., Siches, I., Iglesias, V., & Arteaga, O. (2020). Epidemic trends, public health response and health system capacity: The Chilean experience in four months of the COVID-19 pandemic. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 44, 1–8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.99>
- DeAngelo, J. W., Beitsch, L. M., Beaudry, M. L., Corso, L. C., Estes, L. J., & Bialek, R. G. (2014). Turning Point Revisited: Launching the Next Generation of Performance Management in Public Health. *J Public Health Manag Pract*, 20(5), 463–471. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000028>
- Dharma, A. A. S. (2021). The Manifestation of New Public Service Principles in Issuance of Emergency Use Authorization of COVID-19 Vaccine by BPOM. *NeoRespublica: Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 2(2), 229–248. <https://doi.org/10.52423/neores.v2i2.17888>
- Dharma, A. A. S., & Kasim, A. (2021). Infodemi Covid-19 dalam Perspektif Open Government: Sebuah Tinjauan Literatur. *JiIP: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 6(1), 105–125. <https://doi.org/10.14710/jiip.v6i1.10372>
- Diana, M. (2014). Measuring Performance in the Public Sector: Between Necessity and Difficulty. *Studies in Business and Economics*, 9(2), 40–50.
- Fritantus, Y., & Rukminingsih, N. (2015). Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 1(01), 175–183.
- Fryer, K., Antony, J., & Ogden, S. (2009). Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 22(6), 478–498. <https://doi.org/10.1108/09513550910982850>
- Grasselli, G., Pesenti, A., & Cecconi, M. (2020). Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy. *JAMA*, 323(16), 1545–1546. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2020.4031>
- Halwatiah. (2016). Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 2(1), 51–77.
- Kementerian Keuangan RI. (2018). *Formula DID TA 2018*. <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2018/07/Formula-DID->

2018.pdf

- Kementerian Keuangan RI. (2020a). *Indeks Pendidikan, Kesehatan, dan Infrastruktur serta Pemanfaatannya dalam Rekomendasi Kebijakan DAK Fisik*. [http://www.djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2020/06/24e0bb1e09ba4351bacce9ace3fa0347\\_Kajian-Indeks-dan-Rekomendasi-DAK-Fisik-17062020.pdf.pdf](http://www.djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2020/06/24e0bb1e09ba4351bacce9ace3fa0347_Kajian-Indeks-dan-Rekomendasi-DAK-Fisik-17062020.pdf.pdf)
- Kementerian Keuangan RI. (2020b). *Kerangka Ekonomi Makro Dan Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal Tahun 2021*. [https://fiskal.kemenkeu.go.id/files/kemppkf/file/kem\\_ppkf\\_2021.pdf](https://fiskal.kemenkeu.go.id/files/kemppkf/file/kem_ppkf_2021.pdf)
- Kuncoro, M. (1995). Desentralisasi Fiskal Sebagai Alternatif Menggali Sumber Dana Pembangunan dan Mewujudkan Otonomi Daerah. *Economic Journal Of Emerging Markets, VI*, 13.
- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A. R., Hsu, L. Y., Shibuya, K., & Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet, 395*(10227), 848–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1)
- Mareiniss, D. P. (2020). The impending storm: COVID-19, pandemics and our overwhelmed emergency departments. *American Journal of Emergency Medicine, 38*(6), 1293–1294. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.03.033>
- Mudrikah, E. D., & Dharmas, A. A. S. (2021). Loka Pengawas Obat dan Makanan: Transformasi New Public Service dalam Reformasi Administrasi BPOM. *Administratio, 12*(1), 1–13. <https://doi.org/10.23960/administratio.v12i1.203>
- Nurmasari, & Hafis, R. I. Al. (2019). Desentralisasi Asimetris: Kemiskinan Ditengah Kelimpahan Otonomi Khusus Papua. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik, 5*(2), 1180–1192.
- Rachmat, H. H. (2018). *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Gadjah Mada University Press.
- Retnaningsih, E. (2011). Prioritas Wilayah Berdasar Faktor Kontektual Untuk Meningkatkan Nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Sumatera Selatan. *Jurnal Pembangunan Manusia, 5*(3).
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery, 76*, 71–76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2020.02.034>
- Suroyo, A. (2016). Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamil Dalam Rangka Mempercepat Pencapaian Millenium Development Goals- MDG's Di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik, 2*(02), 174–184. <https://doi.org/10.30996/jpap.v2i02.999>
- Tekege, N. M., & Murti, I. (2015). Efektivitas pelayanan publik di distrik sorong kabupaten, kabupaten sorong, provinsi papua barat. *Jurnal Administrasi Publik, 112–132*.
- Tjandrarini, D. H., Dharmayanti, I., Suparmi, Nainggolan, O., Kristanto, A. Y., Indrawati, L., Hidayangsih, P. S., Mubasyiroh, R., Djunaedi, Aribowo, B., & Ma'ruf, N. A. (2019). *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 323*(14), 1341–1342. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239–1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>