

Implementasi Kebijakan *Mandatory Spending* Anggaran Urusan Kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024

Muhammad Rayhan Ramadhani, Rutiana Dwi Wahyunengseh

Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Sebelas Maret
email: rayhan261102@student.uns.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan *mandatory spending* anggaran urusan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024. Permasalahan utama penelitian ini berangkat dari belum terpenuhinya alokasi anggaran kesehatan sesuai ketentuan lama sebesar minimal 10% dari APBD di luar gaji, karena anggaran kesehatan DIY tercatat sebesar 4,17% berdasarkan *tagging* SIPD dan 6,58% berdasarkan APBD Perubahan Tahun Anggaran 2024. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus melalui wawancara, dokumentasi, dan studi kepustakaan pada perangkat daerah yang berkaitan dengan perencanaan dan penganggaran, yaitu Sekretariat Daerah, Bapperida, dan BPKAD Provinsi DIY. Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum terpenuhinya *mandatory spending* kesehatan dipengaruhi oleh perubahan regulasi setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, keterbatasan kapasitas fiskal daerah, perbedaan kewenangan antara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, serta penyesuaian prioritas pembangunan daerah. Meskipun alokasi anggaran kesehatan belum mencapai 10%, capaian Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi menunjukkan hasil tuntas, sehingga implementasi kebijakan anggaran kesehatan perlu dinilai tidak hanya dari persentase anggaran, tetapi juga dari efektivitas pemenuhan pelayanan dasar kesehatan masyarakat.

Kata Kunci: *mandatory spending*; anggaran kesehatan; Standar Pelayanan Minimal (SPM); implementasi kebijakan; Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)

Abstract

This study aims to analyze the implementation of the mandatory spending policy for the health affairs budget in the Special Region of Yogyakarta Province for Fiscal Year 2024. The main problem of this study arises from the unfulfilled health budget allocation based on the previous provision requiring a minimum of 10% of the Regional Revenue and Expenditure Budget, excluding salaries, as the health budget allocation in Yogyakarta was recorded at 4.17% based on SIPD tagging data and 6.58% based on the revised Regional Revenue and Expenditure Budget for Fiscal Year 2024. This study employs a qualitative approach with a case study method through interviews, documentation, and literature study involving regional apparatuses related to planning and budgeting, namely the Regional Secretariat, Bapperida, and BPKAD of Yogyakarta Province. The findings show that the unfulfilled mandatory health spending was influenced by regulatory changes following the enactment of Law Number 17 of 2023 on Health, limited regional fiscal

capacity, differences in authority between provincial and regency or municipal governments, and adjustments to regional development priorities. Although the health budget allocation did not reach 10%, the achievement of Minimum Service Standards in the health sector under provincial authority showed complete fulfillment, indicating that health budget policy implementation should be assessed not only from budget percentages but also from the effectiveness of basic public health service fulfillment.

Keywords: *mandatory spending; health budget; minimum service standards; policy implementation; regional revenue and expenditure budget.*

Pendahuluan

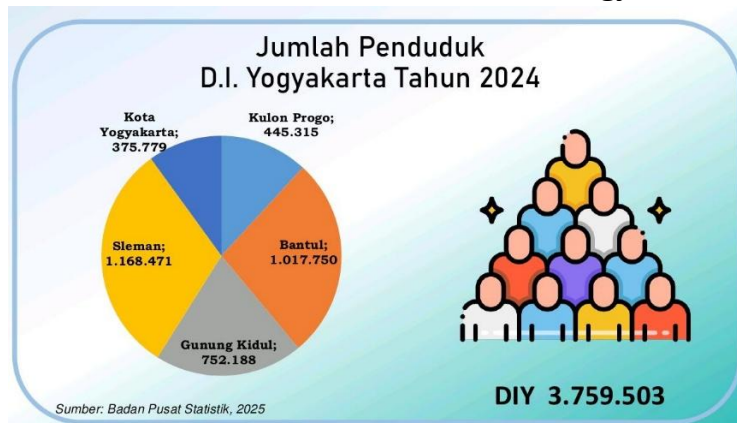
Kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan wajib yang berkaitan langsung dengan hak dasar warga negara dan kualitas pembangunan manusia. Dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah, urusan kesehatan tidak hanya dipahami sebagai pelayanan sektoral, tetapi juga sebagai bagian penting dari tanggung jawab negara dalam menghadirkan kesejahteraan masyarakat. Negara memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa setiap warga memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, terjangkau, dan berkeadilan. Tanggung jawab tersebut memerlukan dukungan kebijakan fiskal yang memadai agar pelayanan kesehatan dapat berjalan secara berkelanjutan. Oleh karena itu, penganggaran kesehatan menjadi salah satu aspek penting dalam tata kelola keuangan daerah, terutama dalam konteks desentralisasi dan otonomi daerah.

Dalam sistem keuangan daerah di Indonesia, salah satu instrumen yang digunakan untuk menjaga prioritas belanja pada sektor strategis adalah kebijakan *mandatory spending*. Kebijakan ini mengatur adanya alokasi anggaran minimum yang harus dipenuhi pemerintah agar sektor-sektor dasar tidak terabaikan dalam proses penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Pada sektor kesehatan, ketentuan sebelumnya mengatur bahwa pemerintah daerah wajib mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 10% dari APBD di luar gaji sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Ketentuan tersebut dimaksudkan untuk menjamin tersedianya pembiayaan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan dasar yang dibutuhkan masyarakat. Dengan demikian, *mandatory spending* kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai angka persentase dalam dokumen anggaran, tetapi juga sebagai wujud komitmen pemerintah terhadap pemenuhan hak kesehatan masyarakat.

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu daerah yang menarik untuk dikaji dalam konteks implementasi kebijakan penganggaran kesehatan. Jumlah penduduk DIY pada tahun 2024 menunjukkan adanya kebutuhan pelayanan kesehatan yang cukup besar dan tersebar di lima kabupaten/kota. Perbedaan jumlah penduduk antarwilayah berpengaruh terhadap kebutuhan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan program, serta strategi pelayanan dasar. Daerah dengan jumlah penduduk lebih besar membutuhkan dukungan anggaran dan kapasitas layanan yang lebih memadai

agar pelayanan kesehatan dapat menjangkau masyarakat secara efektif. Kondisi ini menunjukkan bahwa analisis terhadap anggaran kesehatan perlu diawali dengan pemahaman mengenai struktur penduduk dan persebaran kebutuhan layanan di daerah.

Gambar 1
Data Jumlah Penduduk Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024

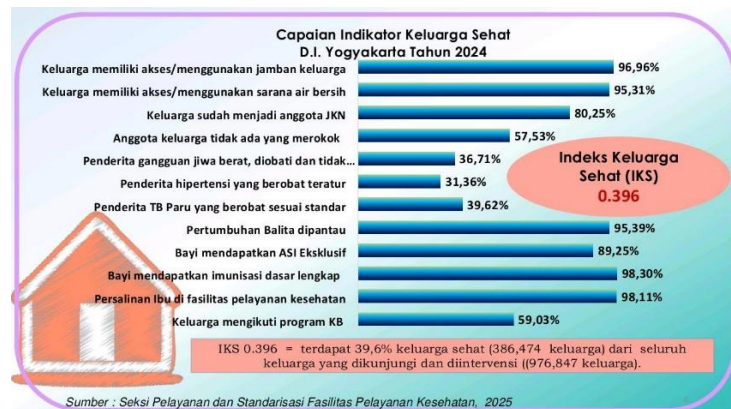


Sumber: Badan Pusat Statistik

Gambar 1 menunjukkan jumlah penduduk Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2024 berdasarkan kabupaten/kota. Data tersebut memperlihatkan bahwa Kabupaten Sleman memiliki jumlah penduduk terbesar, diikuti oleh Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Kulon Progo, dan Kota Yogyakarta. Perbedaan jumlah penduduk ini penting karena kebutuhan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh besarnya populasi yang harus dilayani. Ketika jumlah penduduk suatu wilayah lebih besar, kebutuhan terhadap fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan, program promotif-preventif, dan layanan rujukan juga cenderung meningkat. Oleh karena itu, data kependudukan menjadi dasar penting dalam memahami kebutuhan anggaran kesehatan dan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Provinsi DIY.

Selain jumlah penduduk, capaian indikator keluarga sehat juga menjadi bagian penting dalam membaca kebutuhan pelayanan kesehatan di Provinsi DIY. Beberapa indikator pelayanan dasar menunjukkan capaian yang cukup tinggi, seperti imunisasi dasar lengkap, persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, akses jamban keluarga, pemantauan pertumbuhan balita, dan akses sarana air bersih. Namun, sejumlah indikator lain masih menunjukkan capaian yang rendah, terutama pada pengobatan hipertensi secara teratur, penanganan gangguan jiwa berat, dan pengobatan tuberkulosis paru sesuai standar. Perbedaan capaian tersebut memperlihatkan bahwa pelayanan kesehatan dasar di DIY telah berjalan pada beberapa aspek, tetapi masih menghadapi tantangan pada layanan berkelanjutan dan pengendalian penyakit. Kondisi ini menegaskan bahwa kebutuhan anggaran kesehatan tidak hanya berkaitan dengan jumlah penduduk, tetapi juga dengan karakter masalah kesehatan yang harus ditangani pemerintah daerah.

Gambar 2
Capaian Indikator Keluarga Sehat Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024



Sumber: Seksi Pelayanan dan Standarisasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Gambar 2 memperlihatkan capaian indikator keluarga sehat di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2024. Beberapa indikator menunjukkan capaian tinggi, seperti bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap, persalinan ibu di fasilitas pelayanan kesehatan, keluarga memiliki akses atau menggunakan jamban keluarga, pertumbuhan balita dipantau, serta keluarga memiliki akses terhadap sarana air bersih. Namun, indikator penderita hipertensi yang berobat teratur, penderita gangguan jiwa berat yang diobati, dan penderita tuberkulosis paru yang berobat sesuai standar masih menunjukkan capaian yang lebih rendah. Perbedaan capaian ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di DIY tidak dapat dinilai hanya dari satu indikator, melainkan perlu dilihat dari keseluruhan layanan dasar yang menjadi kebutuhan masyarakat. Dengan demikian, gambar ini memperkuat argumen bahwa penganggaran kesehatan perlu diarahkan pada pemenuhan kebutuhan layanan yang nyata, bukan sekadar pemenuhan angka persentase anggaran.

Dalam praktik penganggaran daerah, ketentuan *mandatory spending* kesehatan tidak selalu terpenuhi secara seragam di seluruh provinsi. Data Sistem Informasi Pemerintahan Daerah Tahun Anggaran 2024 menunjukkan bahwa beberapa provinsi masih memiliki persentase alokasi anggaran kesehatan di bawah ketentuan minimal 10% yang sebelumnya berlaku. Provinsi DIY termasuk salah satu daerah dengan alokasi anggaran kesehatan yang relatif rendah, yaitu sebesar 4,17% berdasarkan data *tagging* SIPD. Angka tersebut menunjukkan adanya jarak antara ketentuan normatif dan realitas penganggaran di daerah. Fenomena ini perlu dianalisis secara hati-hati karena rendahnya persentase anggaran tidak selalu dapat langsung dimaknai sebagai rendahnya komitmen, melainkan dapat dipengaruhi oleh kapasitas fiskal, struktur APBD, pembagian kewenangan, serta perubahan regulasi.

Gambar 3
10 Provinsi dengan Mandatory Spending Kesehatan Terendah di Indonesia Tahun Anggaran 2024

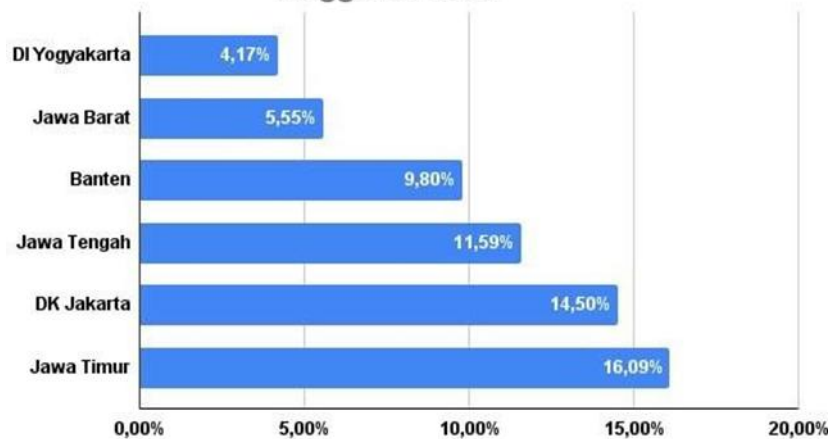


Sumber : Web Sistem Informasi Pemerintah Daerah (SIPD)

Gambar 3 menunjukkan posisi Provinsi DIY dalam daftar sepuluh provinsi dengan persentase *mandatory spending* kesehatan terendah di Indonesia pada Tahun Anggaran 2024. Berdasarkan data tersebut, DIY berada pada angka 4,17%, sehingga masih berada di bawah ketentuan alokasi minimal 10% yang sebelumnya diatur dalam kebijakan anggaran kesehatan. Posisi DIY dalam daftar tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara mandat normatif dan praktik penganggaran daerah. Namun, kesenjangan tersebut tidak dapat langsung dimaknai sebagai kegagalan implementasi karena perlu dilihat bersama faktor kapasitas fiskal, struktur belanja daerah, perubahan regulasi, dan pembagian kewenangan antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Gambar ini penting untuk memperkuat latar belakang masalah karena menunjukkan bahwa kasus DIY memiliki urgensi untuk dianalisis secara lebih mendalam.

Posisi DIY juga dapat dilihat melalui perbandingan dengan provinsi lain di Pulau Jawa. Jika dibandingkan dengan Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DKI Jakarta, dan Jawa Timur, DIY berada pada posisi terendah dalam persentase alokasi anggaran kesehatan Tahun Anggaran 2024. Perbandingan ini penting karena Pulau Jawa memiliki karakteristik wilayah yang relatif lebih maju dari sisi infrastruktur, akses layanan, dan aktivitas ekonomi dibandingkan beberapa wilayah lain di Indonesia. Hal tersebut menjadikan rendahnya persentase anggaran kesehatan DIY sebagai fenomena yang menarik untuk dikaji lebih lanjut. Oleh sebab itu, analisis terhadap kebijakan anggaran kesehatan DIY perlu menempatkan data perbandingan regional sebagai dasar untuk memahami posisi DIY dalam konteks penganggaran kesehatan antardaerah.

Gambar 4
Mandatory Spending Kesehatan di Pulau Jawa Tahun Anggaran 2024
Mandatory Spending Kesehatan di Pulau Jawa Tahun
Anggaran 2024

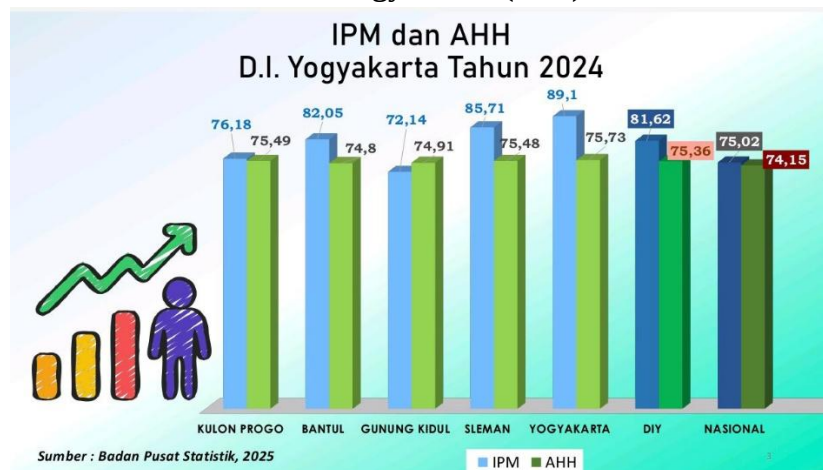


Sumber : Web Sistem Informasi Pemerintah Daerah (SIPD)

Gambar 4 menyajikan perbandingan persentase *mandatory spending* kesehatan antarprovinsi di Pulau Jawa pada Tahun Anggaran 2024. Dalam perbandingan tersebut, DIY berada pada posisi terendah dibandingkan provinsi lain seperti Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DKI Jakarta, dan Jawa Timur. Data ini menunjukkan bahwa rendahnya alokasi anggaran kesehatan DIY tidak hanya tampak pada tingkat nasional, tetapi juga tampak ketika dibandingkan secara regional dengan provinsi lain di Pulau Jawa. Perbandingan ini menarik karena DIY dikenal sebagai daerah dengan capaian pembangunan manusia dan pelayanan publik yang relatif baik. Oleh sebab itu, gambar ini dapat digunakan untuk menegaskan bahwa persoalan utama penelitian bukan hanya besaran anggaran, tetapi juga bagaimana pemerintah daerah mengimplementasikan kebijakan penganggaran kesehatan dalam situasi fiskal, kelembagaan, dan regulasi tertentu.

Menariknya, rendahnya persentase alokasi anggaran kesehatan DIY tidak berdiri sendiri karena daerah ini tetap memiliki capaian pembangunan manusia yang relatif baik. Data IPM dan Angka Harapan Hidup menunjukkan bahwa DIY berada pada posisi yang lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan antara besaran anggaran kesehatan dan capaian pembangunan manusia tidak selalu bersifat sederhana atau linier. Akan tetapi, capaian yang baik tersebut tidak menghapus perlunya analisis terhadap penganggaran kesehatan karena masih terdapat variasi capaian antarwilayah dan tantangan pada beberapa indikator layanan kesehatan. Oleh karena itu, kajian terhadap implementasi *mandatory spending* kesehatan perlu melihat dua aspek sekaligus, yaitu aspek kepatuhan anggaran dan aspek efektivitas pelayanan dasar.

Gambar 5
Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Angka Harapan Hidup (AHH) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) Tahun 2024



Sumber: Badan Pusat Statistik

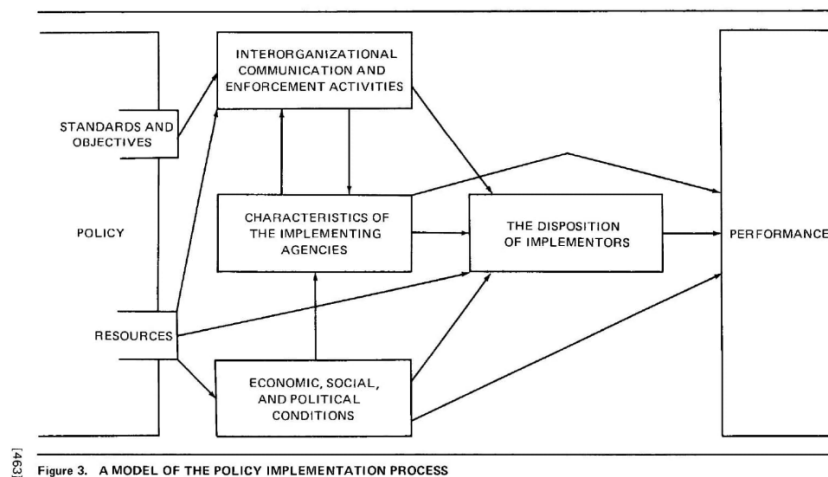
Gambar 5 menunjukkan capaian Indeks Pembangunan Manusia dan Angka Harapan Hidup Provinsi DIY tahun 2024. Data tersebut memperlihatkan bahwa IPM dan AHH DIY berada pada posisi yang relatif baik dibandingkan rata-rata nasional. Capaian ini menunjukkan bahwa kualitas pembangunan manusia dan derajat kesehatan masyarakat DIY secara umum berada dalam kondisi cukup baik. Namun, capaian tersebut tidak menghapus kebutuhan untuk menelaah persoalan penganggaran kesehatan karena masih terdapat variasi capaian antarwilayah dan tantangan pada pelayanan tertentu. Gambar ini berguna untuk menunjukkan bahwa rendahnya persentase anggaran kesehatan tidak selalu dapat dibaca secara sederhana sebagai rendahnya kualitas pelayanan, sehingga perlu dianalisis melalui pendekatan implementasi kebijakan.

Persoalan implementasi kebijakan anggaran kesehatan di DIY juga semakin relevan setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Tahun anggaran 2024 berada dalam masa transisi regulasi karena penganggaran kesehatan tidak lagi sepenuhnya dibaca melalui kewajiban persentase minimal sebagaimana ketentuan sebelumnya. Melalui perubahan regulasi tersebut, penganggaran kesehatan lebih diarahkan pada kecukupan pembiayaan sesuai kebutuhan pelayanan dan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal. Di satu sisi, perubahan ini memberikan ruang fleksibilitas bagi pemerintah daerah dalam menyusun prioritas anggaran sesuai kebutuhan daerah. Di sisi lain, fleksibilitas tersebut menuntut kehati-hatian agar penganggaran kesehatan tetap mampu menjamin terpenuhinya pelayanan dasar masyarakat.

Dalam kerangka implementasi kebijakan, persoalan *mandatory spending* kesehatan tidak dapat dilepaskan dari hubungan antara regulasi, sumber daya, aktor pelaksana, dan kondisi lingkungan kebijakan. Van Meter dan Van Horn (1975) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh standar dan sasaran

kebijakan, sumber daya, komunikasi antarorganisasi, karakteristik badan pelaksana, kondisi sosial, ekonomi, dan politik, serta disposisi pelaksana. Kerangka ini relevan untuk memahami mengapa suatu kebijakan yang telah dirumuskan secara normatif dapat menghasilkan pelaksanaan yang berbeda pada tingkat daerah. Pada kasus DIY, implementasi kebijakan anggaran kesehatan tidak hanya berhubungan dengan angka 10%, tetapi juga berkaitan dengan perubahan regulasi, kapasitas fiskal daerah, pembagian kewenangan antara provinsi dan kabupaten/kota, serta strategi penyusunan APBD. Dengan demikian, teori implementasi kebijakan digunakan untuk membaca proses, kendala, dan strategi pemerintah daerah dalam menerjemahkan kebijakan penganggaran kesehatan ke dalam praktik pemerintahan.

Gambar 6
Variables Involved in the Implementation Proces



Sumber: Van Meter dan Van Horn (1975)

Gambar 6 menunjukkan variabel-variabel yang memengaruhi proses implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn. Model ini menjelaskan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antarorganisasi, karakteristik badan pelaksana, kondisi sosial, ekonomi, dan politik, serta disposisi pelaksana. Dalam artikel ini, model tersebut digunakan untuk membaca implementasi kebijakan *mandatory spending* kesehatan di Provinsi DIY Tahun Anggaran 2024. Kerangka ini membantu menjelaskan bahwa belum terpenuhinya persentase anggaran kesehatan tidak hanya disebabkan oleh satu faktor, tetapi berkaitan dengan perubahan regulasi, keterbatasan fiskal, pembagian kewenangan, dan strategi penyusunan APBD. Oleh karena itu, gambar ini lebih tepat diletakkan pada bagian akhir pendahuluan sebagai bagian dari tinjauan pustaka atau landasan teori.

Berdasarkan uraian tersebut, pertanyaan penelitian dalam artikel ini adalah mengapa kebijakan *mandatory spending* anggaran urusan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024 belum terpenuhi secara persentase.

Pertanyaan ini penting karena berkaitan dengan hubungan antara mandat kebijakan nasional, kemampuan fiskal daerah, perubahan regulasi, dan pelaksanaan pelayanan dasar kesehatan. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi belum terpenuhinya *mandatory spending* kesehatan di Provinsi DIY Tahun Anggaran 2024. Selain itu, artikel ini juga diarahkan untuk memahami strategi pemerintah daerah dalam menyesuaikan penganggaran kesehatan setelah perubahan regulasi kesehatan. Dengan demikian, pembahasan dalam artikel ini tidak hanya menempatkan anggaran kesehatan sebagai persoalan angka, tetapi juga sebagai proses implementasi kebijakan yang dipengaruhi oleh struktur regulasi, kapasitas daerah, koordinasi kelembagaan, dan kebutuhan pelayanan masyarakat.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus untuk menganalisis implementasi kebijakan *mandatory spending* anggaran urusan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian ini tidak hanya berfokus pada besaran persentase anggaran, tetapi juga berupaya memahami proses, pertimbangan, kendala, dan strategi pemerintah daerah dalam menyusun kebijakan penganggaran kesehatan. Lokasi penelitian berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan fokus pada perangkat daerah yang terlibat dalam proses perencanaan dan penganggaran, yaitu Sekretariat Daerah, Bapperida, dan BPKAD Provinsi DIY. Data penelitian terdiri atas data primer dan data sekunder, dengan data primer diperoleh melalui wawancara kepada informan yang berkaitan dengan proses penyusunan APBD, sedangkan data sekunder diperoleh melalui dokumen anggaran, data Sistem Informasi Pemerintahan Daerah, regulasi kesehatan dan keuangan daerah, serta dokumen capaian Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, dokumentasi, dan studi kepustakaan agar informasi yang diperoleh dapat saling melengkapi antara penjelasan aktor kebijakan dan data tertulis. Validitas data diuji menggunakan triangulasi sumber dengan membandingkan hasil wawancara, dokumen anggaran, data SIPD, regulasi, dan dokumen pendukung lainnya. Teknik analisis data dilakukan secara kualitatif melalui proses pemilahan, pengelompokan, penafsiran, dan penarikan kesimpulan berdasarkan fokus penelitian. Analisis dilakukan dengan menggunakan teori implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn yang mencakup standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antarorganisasi, karakteristik badan pelaksana, kondisi sosial, ekonomi, dan politik, serta disposisi pelaksana. Kerangka tersebut digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi belum terpenuhinya alokasi *mandatory spending* kesehatan secara persentase serta strategi Pemerintah Provinsi DIY dalam menyesuaikan penganggaran kesehatan setelah perubahan regulasi.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan *mandatory spending* anggaran urusan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024 tidak dapat dipahami hanya melalui angka persentase alokasi anggaran. Berdasarkan data *tagging* yang dirangkum oleh Kementerian Dalam Negeri melalui Sistem Informasi Pemerintahan Daerah, alokasi anggaran kesehatan Provinsi DIY pada Tahun Anggaran 2024 tercatat sebesar 4,17%. Angka tersebut berada di bawah ketentuan lama yang mengatur alokasi minimal 10% dari APBD di luar gaji sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Akan tetapi, hasil konfirmasi melalui data APBD Perubahan Tahun Anggaran 2024 menunjukkan bahwa alokasi anggaran kesehatan DIY berada pada angka 6,58%. Perbedaan ini memperlihatkan bahwa pembacaan terhadap implementasi kebijakan anggaran kesehatan harus mempertimbangkan mekanisme pendataan, perubahan APBD, dan cara belanja kesehatan diklasifikasikan dalam dokumen keuangan daerah.

Temuan mengenai perbedaan angka 4,17% dan 6,58% menunjukkan bahwa mekanisme *tagging* anggaran memiliki pengaruh terhadap cara alokasi kesehatan terbaca secara administratif. *Tagging* merupakan proses penandaan program, kegiatan, subkegiatan, dan rincian belanja daerah yang berkaitan dengan urusan tertentu, termasuk urusan kesehatan. Melalui mekanisme tersebut, anggaran kesehatan tidak hanya dilihat dari belanja pada Dinas Kesehatan, tetapi juga dari belanja perangkat daerah lain yang mendukung urusan kesehatan. Dalam praktiknya, dukungan terhadap kesehatan masyarakat dapat tersebar pada beberapa organisasi perangkat daerah karena urusan kesehatan berkaitan dengan penanggulangan bencana, lingkungan, perlindungan kelompok rentan, dan pelayanan sosial. Oleh karena itu, angka *tagging* perlu dibaca secara hati-hati agar tidak langsung disimpulkan sebagai gambaran tunggal mengenai rendahnya komitmen penganggaran kesehatan.

Tabel 1

Perhitungan Alokasi Anggaran Belanja Fungsi Kesehatan Dalam Peraturan Daerah Tentang Perubahan APBD Tahun Anggaran 2023-2024 Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

No.	Komponen Perhitungan		Anggaran	
			T.A 2023	T.A 2024
1.	a.	Belanja pada Dinas Kesehatan	380.300.330.154,00	278.224.398.380,00
	b.	Belanja diluar Dinas Kesehatan yang menunjang Kesehatan	153.027.231.172,00	69.646.394.436,00
2.	Alokasi Anggaran Kesehatan		533.327.561.326,00	347.870.792.816,00

No.	Komponen Perhitungan	Anggaran	
		T.A 2023	T.A 2024
3.	Total Belanja Daerah	5.978.802.145.547,00	6.009.092.988.865,00
4.	Gaji ASN	653.056.625.910,00	721.079.434.147,00
5.	Total Belanja Daerah di luar Gaji ASN	5.325.745.519.637,00	5.288.013.554.718,00
6.	Rasio Alokasi Anggaran Kesehatan terhadap Belanja Daerah diluar Gaji ASN	10,01%	6,58%

Sumber: Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 2025

Berdasarkan Tabel 1, alokasi anggaran kesehatan Provinsi DIY mengalami penurunan dari Rp533.327.561.326,00 pada Tahun Anggaran 2023 menjadi Rp347.870.792.816,00 pada Tahun Anggaran 2024. Penurunan tersebut terlihat tidak hanya pada belanja Dinas Kesehatan, tetapi juga pada belanja di luar Dinas Kesehatan yang menunjang kesehatan. Pada Tahun Anggaran 2023, rasio alokasi anggaran kesehatan terhadap belanja daerah di luar gaji ASN sebesar 10,01%, sehingga masih memenuhi ketentuan *mandatory spending* kesehatan yang berlaku sebelumnya. Pada Tahun Anggaran 2024, rasio tersebut turun menjadi 6,58%, sehingga tidak lagi mencapai batas 10% apabila dibaca dengan ketentuan lama. Data ini menunjukkan bahwa perubahan alokasi anggaran kesehatan DIY bersifat nyata dalam struktur APBD dan bukan hanya persoalan perbedaan pembacaan administratif.

Penurunan alokasi anggaran kesehatan tersebut berkaitan dengan perubahan regulasi setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Dalam regulasi sebelumnya, pemerintah daerah diwajibkan mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 10% dari APBD di luar gaji. Setelah regulasi baru berlaku, penganggaran kesehatan tidak lagi ditempatkan pada pemenuhan batas persentase minimal tertentu, tetapi diarahkan pada kecukupan pembiayaan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan. Perubahan tersebut juga tercermin dalam pedoman penyusunan APBD Tahun Anggaran 2024 yang tidak lagi menggunakan rumusan kewajiban minimal 10%, tetapi menekankan pengalokasian anggaran kesehatan secara memadai sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan demikian, belum terpenuhinya angka 10% pada Tahun Anggaran 2024 perlu dipahami dalam konteks perubahan mandat kebijakan, bukan semata-mata sebagai bentuk pengabaian terhadap sektor kesehatan.

Hasil wawancara dalam skripsi menunjukkan bahwa pejabat TAPD Provinsi DIY telah menyesuaikan proses penyusunan APBD dengan perubahan regulasi tersebut. Pemerintah daerah tidak lagi menggunakan persentase 10% sebagai dasar utama dalam menentukan besaran anggaran kesehatan Tahun Anggaran 2024. Dasar yang digunakan

adalah kebutuhan daerah, kemampuan fiskal, pedoman penyusunan APBD, dan kewenangan pemerintah provinsi dalam urusan kesehatan. Penyesuaian ini menunjukkan adanya perubahan cara pandang dari penganggaran berbasis persentase menuju penganggaran berbasis kebutuhan. Dengan demikian, implementasi kebijakan anggaran kesehatan di DIY memperlihatkan pergeseran dari kepatuhan administratif terhadap angka menuju penyesuaian belanja berdasarkan kebutuhan riil dan prioritas daerah.

Faktor pertama yang memengaruhi belum terpenuhinya *mandatory spending* kesehatan adalah keterbatasan kapasitas fiskal daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur pendapatan daerah DIY masih dipengaruhi oleh ketergantungan terhadap pendapatan transfer dari pemerintah pusat. Informan dari BPKAD menjelaskan bahwa Pendapatan Asli Daerah DIY hanya sekitar 30% dari total pendapatan daerah, sedangkan lebih dari 60% pendapatan daerah berasal dari pendapatan transfer. Kondisi ini menyebabkan ruang fiskal pemerintah daerah dalam menyusun belanja tidak sepenuhnya fleksibel karena setiap alokasi harus disesuaikan dengan kemampuan pendapatan daerah. Oleh karena itu, meskipun sektor kesehatan tetap penting, pengalokasiannya harus diseimbangkan dengan kebutuhan urusan pemerintahan lain yang juga menjadi prioritas pembangunan daerah.

Faktor kedua adalah perbedaan kewenangan antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota dalam urusan kesehatan. Pemerintah provinsi tidak menyelenggarakan seluruh pelayanan kesehatan dasar secara langsung kepada masyarakat sebagaimana pemerintah kabupaten/kota. Kewenangan pemerintah provinsi lebih banyak berada pada fungsi koordinasi, pembinaan, pengawasan, penanganan krisis kesehatan, serta penanganan Kejadian Luar Biasa pada tingkat provinsi. Perbedaan kewenangan ini menyebabkan kebutuhan anggaran kesehatan di tingkat provinsi memiliki karakter yang berbeda dengan kebutuhan anggaran kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Oleh karena itu, penggunaan ukuran persentase yang sama untuk semua level pemerintahan tidak selalu menggambarkan kebutuhan riil pelayanan kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi.

Faktor ketiga adalah proses pengambilan keputusan anggaran yang mempertimbangkan berbagai prioritas pembangunan daerah. Dalam penyusunan APBD, pemerintah daerah harus menyeimbangkan urusan kesehatan dengan urusan wajib lainnya, termasuk pendidikan, infrastruktur, perlindungan sosial, dan program prioritas daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah penghapusan kewajiban persentase minimal, pemerintah daerah memiliki ruang lebih luas untuk menyusun anggaran berdasarkan kebutuhan aktual. Fleksibilitas tersebut dipandang positif karena anggaran dapat diarahkan pada program yang dianggap paling mendesak sesuai kondisi daerah. Namun, fleksibilitas ini tetap perlu dikendalikan melalui ukuran pelayanan dasar agar tidak mengurangi komitmen pemerintah daerah terhadap pemenuhan hak kesehatan masyarakat.

Perubahan mandat *mandatory spending* kesehatan juga berdampak pada cara Pemerintah Provinsi DIY menempatkan Standar Pelayanan Minimal sebagai ukuran pemenuhan pelayanan. Setelah kewajiban persentase minimal tidak lagi menjadi acuan utama, SPM menjadi instrumen penting untuk memastikan bahwa pelayanan dasar kesehatan tetap terpenuhi. Dalam konteks ini, pemerintah daerah tidak hanya menilai keberhasilan penganggaran dari besarnya alokasi, tetapi juga dari kemampuan anggaran tersebut untuk mendukung pelayanan wajib yang menjadi kewenangan provinsi. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan anggaran kesehatan bergerak dari orientasi input menuju orientasi pemenuhan layanan. Oleh sebab itu, capaian SPM menjadi bagian penting dalam menilai apakah alokasi anggaran kesehatan yang tersedia telah mampu menjawab kebutuhan pelayanan dasar masyarakat.

Tabel 2
Capaian SPM Bidang Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024

No.	Jenis Pelayanan Dasar	Capaian Penerimaan Layanan Dasar			Pendanaan			
		Target	Realisasi	Capaian	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran	Sumber Dana
1.	Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi	583	583	100%	693.304.700	664.251.675	95,80 %	APB D
2	Pelayanan kesehatan	157.490	157.490	100%	308.635.000	272.965.600	88,44 %	APB D

N o.	Jenis Pelayan an Dasar	Capaian Penerimaan Layanan Dasar			Pendanaan			
		Target	Realisa si	Capai an	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Realisa si Anggar an	Sumb er Dana
	n bagi pendudu k pada kondisi kejadian luar biasa provinsi							

Sumber: Hasil Pendataan Dinas Kesehatan DIY Tahun 2024 yang diupload pada Aplikasi Pelaporan eSPM, 2024

Berdasarkan Tabel 2, capaian SPM bidang kesehatan Provinsi DIY Tahun 2024 menunjukkan hasil tuntas pada dua jenis pelayanan dasar yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi memiliki target 583 orang dan terealisasi 583 orang, sehingga capaiannya mencapai 100%. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi Kejadian Luar Biasa provinsi memiliki target 157.490 orang dan terealisasi 157.490 orang, sehingga capaiannya juga mencapai 100%. Dari sisi anggaran, pelayanan pertama memiliki realisasi anggaran 95,80%, sedangkan pelayanan kedua memiliki realisasi anggaran 88,44%. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun rasio anggaran kesehatan belum mencapai 10%, layanan dasar kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi tetap dapat dipenuhi secara administratif.

Capaian SPM yang mencapai 100% tidak berarti bahwa implementasi pelayanan kesehatan bebas dari kendala. Skripsi menunjukkan bahwa terdapat kendala teknis dalam pengumpulan data, perhitungan kebutuhan, perencanaan penganggaran, dan pelaksanaan layanan. Pengumpulan data membutuhkan koordinasi lintas pemerintah daerah dan pemangku kepentingan kesehatan agar informasi sasaran layanan dapat disajikan secara lebih akurat. Perhitungan kebutuhan logistik juga sulit diperkirakan secara pasti karena berkaitan dengan kondisi krisis kesehatan, bencana, dan Kejadian Luar Biasa yang sifatnya tidak tetap. Oleh karena itu, capaian SPM perlu dibaca bersama tantangan implementasi agar keberhasilan administratif tidak menutup kebutuhan perbaikan dalam tata kelola pelayanan kesehatan.

Implikasi dari kendala teknis tersebut adalah perlunya penguatan koordinasi dan akurasi perencanaan anggaran kesehatan. Ketidakterpaduan data dapat memengaruhi ketepatan penentuan sasaran layanan dan kebutuhan anggaran. Kebutuhan logistik yang

berubah sesuai kondisi lapangan juga dapat menyebabkan perlunya efisiensi, pergeseran, atau penyesuaian anggaran. Perencanaan SPM tidak dapat hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan, tetapi memerlukan dukungan pemerintah kabupaten/kota dan perangkat daerah terkait. Dengan demikian, keberhasilan penganggaran kesehatan di DIY sangat dipengaruhi oleh koordinasi lintas aktor, terutama ketika pelayanan yang ditangani berkaitan dengan krisis kesehatan, potensi bencana, dan Kejadian Luar Biasa.

Jika dianalisis dengan teori implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn, temuan penelitian menunjukkan bahwa belum terpenuhinya *mandatory spending* kesehatan di DIY dipengaruhi oleh beberapa variabel implementasi. Standar dan sasaran kebijakan mengalami perubahan setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Sumber daya fiskal daerah terbatas karena pendapatan daerah masih banyak bergantung pada transfer dari pemerintah pusat. Komunikasi antarorganisasi menjadi penting karena penganggaran dan pelaksanaan SPM melibatkan TAPD, BPKAD, Bapperida, Dinas Kesehatan, serta pemerintah kabupaten/kota. Karakteristik badan pelaksana juga memengaruhi implementasi karena pemerintah provinsi memiliki kewenangan yang berbeda dengan kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar.

Pada aspek kondisi sosial, ekonomi, dan politik, keputusan anggaran kesehatan dipengaruhi oleh kemampuan fiskal, struktur pendapatan, prioritas pembangunan, serta dinamika kebutuhan pelayanan masyarakat. Pemerintah Provinsi DIY harus mempertimbangkan berbagai kebutuhan belanja daerah dalam APBD Tahun Anggaran 2024. Kondisi tersebut menjadikan penganggaran kesehatan tidak dapat dilepaskan dari proses penentuan prioritas yang lebih luas. Pada aspek disposisi pelaksana, hasil wawancara menunjukkan bahwa pejabat TAPD tidak memaknai penghapusan kewajiban persentase sebagai alasan untuk mengurangi perhatian terhadap sektor kesehatan. Sebaliknya, pemerintah daerah tetap menempatkan kesehatan sebagai urusan penting, tetapi dasar penganggarnya disesuaikan dengan regulasi baru, kemampuan fiskal, dan kebutuhan pelayanan dasar.

Strategi Pemerintah Provinsi DIY dalam menghadapi perubahan kebijakan dilakukan melalui prioritas pada pemenuhan Standar Pelayanan Minimal kesehatan. Pemerintah daerah menempatkan SPM sebagai ukuran penting agar penganggaran kesehatan tetap berorientasi pada pelayanan dasar yang wajib diterima masyarakat. Strategi ini menunjukkan bahwa setelah penghapusan *mandatory spending* berbasis persentase, pemerintah daerah tetap memerlukan instrumen pengendali agar pelayanan kesehatan tidak terabaikan. Selain itu, peningkatan Pendapatan Asli Daerah juga dipandang sebagai strategi penting untuk memperluas kapasitas fiskal daerah. Dengan kapasitas fiskal yang lebih kuat, pemerintah daerah akan memiliki ruang yang lebih besar untuk membiayai program kesehatan dan urusan wajib lainnya secara lebih seimbang.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa belum terpenuhinya *mandatory spending* kesehatan di Provinsi DIY Tahun Anggaran 2024 dipengaruhi oleh

perubahan regulasi, keterbatasan fiskal, perbedaan kewenangan, dan penyesuaian prioritas pembangunan daerah. Angka 4,17% berdasarkan *tagging* SIPD dan 6,58% berdasarkan APBD Perubahan menunjukkan bahwa alokasi kesehatan secara persentase memang belum mencapai ketentuan lama 10%. Namun, capaian SPM bidang kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi menunjukkan hasil 100% pada dua layanan dasar yang dilaporkan. Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan anggaran kesehatan tidak cukup dinilai dari kepatuhan terhadap angka persentase semata. Penilaian yang lebih utuh perlu melihat hubungan antara regulasi, kemampuan fiskal, kewenangan pemerintah provinsi, strategi penganggaran, dan efektivitas pemenuhan pelayanan dasar kesehatan masyarakat.

Penutup

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, implementasi kebijakan *mandatory spending* anggaran urusan kesehatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun Anggaran 2024 belum sepenuhnya terpenuhi apabila dilihat dari ketentuan lama mengenai alokasi minimal 10% dari APBD di luar gaji. Kondisi tersebut terlihat dari alokasi anggaran kesehatan yang tercatat sebesar 4,17% berdasarkan *tagging* SIPD dan 6,58% berdasarkan APBD Perubahan Tahun Anggaran 2024. Namun, temuan penelitian menunjukkan bahwa kondisi tersebut tidak dapat langsung dimaknai sebagai bentuk ketidakpatuhan pemerintah daerah terhadap sektor kesehatan. Belum terpenuhinya persentase tersebut dipengaruhi oleh perubahan regulasi setelah berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, keterbatasan kemampuan fiskal daerah, perbedaan kewenangan antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, serta proses pengambilan keputusan anggaran yang harus mempertimbangkan berbagai prioritas pembangunan daerah. Jika dianalisis melalui teori implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn, persoalan ini berkaitan dengan perubahan standar dan sasaran kebijakan, keterbatasan sumber daya, kebutuhan komunikasi antarorganisasi, karakteristik badan pelaksana, kondisi sosial ekonomi politik, serta disposisi pelaksana kebijakan. Capaian Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Provinsi DIY Tahun Anggaran 2024 tetap menunjukkan hasil tuntas pada dua layanan dasar yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi, yaitu pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi serta pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi Kejadian Luar Biasa provinsi. Dengan demikian, implementasi kebijakan anggaran kesehatan di Provinsi DIY perlu dipahami sebagai proses penyesuaian kebijakan yang tidak hanya bertumpu pada angka persentase anggaran, tetapi juga pada efektivitas pemenuhan pelayanan dasar kesehatan masyarakat.

Berdasarkan temuan tersebut, Pemerintah Provinsi DIY perlu terus memperkuat perencanaan dan penganggaran kesehatan dengan menempatkan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal sebagai prioritas utama. Penganggaran kesehatan perlu disusun

berdasarkan kebutuhan pelayanan, indikator kinerja, tingkat urgensi masalah kesehatan, dan kewenangan pemerintah provinsi agar alokasi yang tersedia benar-benar mendukung pelayanan dasar masyarakat. Pemerintah daerah juga perlu meningkatkan kapasitas fiskal melalui optimalisasi Pendapatan Asli Daerah, pemanfaatan dana transfer pusat, efisiensi belanja yang kurang prioritas, dan realokasi anggaran pada program yang lebih mendesak. Koordinasi antara TAPD, Bapperida, BPKAD, Dinas Kesehatan, pemerintah kabupaten/kota, dan pemangku kepentingan kesehatan perlu diperkuat agar data sasaran layanan, kebutuhan logistik, dan rencana pembiayaan dapat disusun secara lebih akurat. Selain itu, penganggaran berbasis kinerja perlu diterapkan secara konsisten agar anggaran kesehatan tidak hanya dinilai dari besarnya, tetapi juga dari capaian *output* dan *outcome* pelayanan kesehatan. Pemerintah daerah juga perlu memperkuat transparansi, akuntabilitas, evaluasi program, dan pengawasan penggunaan anggaran agar kebijakan kesehatan tetap memberi manfaat nyata bagi masyarakat. Dengan langkah tersebut, penganggaran kesehatan di Provinsi DIY pada tahun anggaran berikutnya dapat lebih responsif terhadap perubahan regulasi, lebih sesuai dengan kemampuan fiskal daerah, dan lebih terarah pada pemenuhan hak dasar kesehatan masyarakat.

Referensi

- Aisyah, Hidayah, Darmanto, Istianda. 2021. Accountability Optimization of Local Budget Policy in Indonesia. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues*. Vol. 24 (1). Hal. 1-13.
- Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2025. *Perhitungan Alokasi Anggaran Belanja Fungsi Kesehatan dalam Peraturan Daerah tentang Perubahan APBD Tahun Anggaran 2023–2024 Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta*. Yogyakarta: BPKAD Provinsi DIY.
- Badan Pusat Statistik. 2024. *Data Jumlah Penduduk Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024*. Yogyakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2024. *Indeks Pembangunan Manusia dan Angka Harapan Hidup Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024*. Yogyakarta: Badan Pusat Statistik.
- Cajkova, A. dan Sindleryova, I. B. 2022. Usability of Municipal Performance-based Budgets within Strategic Planning in Slovakia: Perception of Elected Local Representative. *NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Vol. 15 (1). Hal. 17-37.
- Creswell, J. W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. London: SAGE Publications.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2024. *Capaian Indikator Keluarga Sehat Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2024*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DIY.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2024. *Hasil Pendataan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta*

- Tahun 2024 pada Aplikasi Pelaporan eSPM*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DIY.
- Forwanti, E. dan Setiawan, F. 2022. Implementasi Kebijakan Penanganan Gelandangan dan Pengemis oleh Dinas Sosial Kota Palangka Raya (Perda Kota Palangka Raya No. 9 Tahun 2012). *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*. Vol. 8 (2).
- Hadiyanto, Prasetyo, Merini, Yalisman. 2022. Menakar Keefektifan Mandatory Spending Bidang Pendidikan. *Indonesian Treasury Review: Jurnal Perbendaharaan, Keuangan Negara dan Kebijakan Publik*. Vol. 7 (2). Hal. 115-132.
- Hariyati, Holidin, Mulia. 2021. Centralized Local Development versus Localized Central Arrangement in Village Autonomy Policy Implementation in Indonesia. *BISNIS & BIROKRASI: Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi*. Vol. 27 (2). Hal. 98-106.
- Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. 2023. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2023 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2024*. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia.
- Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. 2024. *Sistem Informasi Pemerintahan Daerah: Data Mandatory Spending Kesehatan Tahun Anggaran 2024*. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia.
- Kementerian Keuangan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. t.t. *Apakah yang Disebut dengan Mandatory Spending*. Diakses dari <https://djpk.kemenkeu.go.id/?ufaq=apakah-yang-disebut-dengan-mandatory-spending>
- Maksum, I. R. dan Firdausy, A. G. 2020. Indonesian Decentralization in the Covid-19 Pandemic: On the Right Track or Not? *JKAP: Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*. Vol. 24 (2). Hal. 131-144.
- Musviyanti, Khairin, Bone, Syakura, Yudaruddin. 2022. Structure of Local Government Budgets and Local Fiscal Autonomy: Evidence from Indonesia. *Public and Municipal Finance*. Vol. 11 (1). Hal. 79-89.
- Phaup, M. 2018. Budgeting for Mandatory Spending: Prologue to Reform. *Public Budgeting & Finance*.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2022. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2023. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Van Meter, D. S. dan Van Horn, C. E. 1975. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society*. Vol. 6 (4). Hal. 445-488.
- Warsono, H., Hanani, R. dan Rahman, A. Z. 2023. Local Governments' Financial Accountability Responses in Critical Time: Reflection from Intergovernmental Management in Indonesia During the Early Covid-19 Pandemic. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. Vol. 12 (1). Hal. 303-313.

- Widyaiswara. 2024. *Pahami Mandatory Spending, Penuhi Kemudian*. Diakses dari <https://klc2.kemenkeu.go.id/kms/knowledge/pahami-mandatory-spending-penuhi-kemudian-e0af7b43/detail/>
- Yuniza et al. 2023. Regulatory Impact Analysis (RIA) as a Mandatory Legislative Drafting Method for Achieving Sustainable Development Goals (SDGs) in Indonesia. *World Journal of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*. Vol. 19 (1-2). Hal. 87-96.
- Yusuf, M. dan Firdaus, M. 2020. Fiscal Decentralization and Regional Economic Growth in Indonesia: A Spatial Econometric Approach. *JKAP: Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik*. Vol. 24 (1). Hal. 20-42.
- Amnesty International. 2010. *Left Without a Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia*. Diakses pada 5 Maret 2012, jam 21.10 WIB dari: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AmnestyInternational_for_PSWG_en_Indonesia.pdf
- Dharma, surya (Ed). 2002. *Konsep dan Teknik penelitian Gender*. Malang: UMM Press.
- KOMPAS. "Pajak dan Akuntabilitas Publik". 18 Maret 2013:02:28 WIB <http://megapolitan.kompas.com/read/2013/03/18/02282346/Pajak.dan.Akuntabilitas.Publik>
- Winarno, Budi. 2008. *Kebijakan Publik Teori & Proses*. Yogyakarta: MedPress.