

Socio-Cultural Health Financing Governance to Achieve Minimum Service Standards in the Archipelago (Case Study: Sabu Raijua Regency)

Tata Kelola Pembiayaan Kesehatan Berbasis Sosial-Budaya Untuk Capaian Standar Pelayanan Minimal di Wilayah Kepulauan (Study Kasus: Kabupaten Sabu Raijua)

Theresa Wattilete^{1*}, Susanti², Aos Koeswandi³

Magister Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik, Universitas Terbuka
¹rerewattilete@gmail.com

Abstract

This study aims to analyze socio-culturally based health financing governance in improving the achievement of Minimum Service Standards (SPM) in the health sector in island regions, using Sabu Raijua Regency as a case study. The background of this research is the fluctuating and suboptimal achievement of health SPM (79–86%) due to limited regional fiscal capacity, heavy dependence on central government funds, geographical challenges of island areas, and socio-cultural barriers affecting the utilization of health services, particularly for pregnant women, mothers in labor, and newborns. This study employed a qualitative approach with a case study design. Data were collected through in-depth interviews, observation, Focus Group Discussions (FGD), and documentation involving 20 informants consisting of health sector stakeholders and community members. Data were analyzed using the Miles and Huberman model through data reduction, data display, and conclusion drawing, with validity ensured through source triangulation. The results show that the governance of health SPM financing has been implemented but remains suboptimal. Accountability and transparency are still administrative in nature, community participation tends to be formal, and budget allocation has not fully aligned with real needs in the field. The main driving factors include support from family heads, cross-sector collaboration, and the utilization of village funds. Meanwhile, inhibiting factors are budget constraints, geographical challenges, and socio-cultural barriers such as trust in traditional birth attendants. This study concludes that strengthening socio-culturally based health financing governance is key to improving SPM achievement in 3T island regions. The practical implication of this research is the need for adaptive financing approaches that are responsive to local contexts to support equitable and quality health services.

Keywords: Health Financing Governance, Minimum Service Standards (SPM), Socio-Cultural Based Health Financing, 3T Island Regions, Good Governance, Sabu Raijua.

Abstrak

Penelitian ini bertujuan menganalisis tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya dalam meningkatkan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di wilayah kepulauan, dengan studi kasus Kabupaten Sabu Raijua. Latar belakang penelitian didasarkan pada capaian SPM kesehatan yang masih fluktuatif dan belum optimal (79–86%) akibat keterbatasan fiskal daerah, ketergantungan dana pusat, tantangan geografis kepulauan, serta hambatan sosial-budaya yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan, khususnya pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, Focus Group Discussion (FGD), dan dokumentasi terhadap 20 informan yang terdiri dari pemangku kepentingan sektor kesehatan dan masyarakat. Analisis data dilakukan dengan model Miles dan Huberman melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan, serta keabsahan data diuji melalui triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tata kelola pembiayaan SPM kesehatan telah berjalan namun belum optimal. Akuntabilitas dan transparansi masih bersifat administratif, partisipasi masyarakat bersifat formal, dan alokasi anggaran belum sepenuhnya selaras dengan kebutuhan riil di lapangan. Faktor pendorong utama meliputi dukungan kepala keluarga, sinergi lintas aktor, dan pemanfaatan dana desa.

<https://journal.yrpiiku.com/index.php/ceej>

e-ISSN:2715-9752, p-ISSN:2715-9868

Copyright © 2026 THE AUTHOR(S). This article is distributed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license

Sementara faktor penghambat adalah keterbatasan anggaran, tantangan geografis, serta hambatan sosial-budaya seperti kepercayaan pada dukun beranak. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penguatan tata kelola pembiayaan kesehatan yang berbasis sosial-budaya menjadi kunci untuk meningkatkan capaian SPM di daerah kepulauan 3T. Implikasi praktis penelitian ini adalah perlunya pendekatan pembiayaan yang adaptif terhadap konteks lokal untuk mendukung pemerataan dan kualitas layanan kesehatan.

Kata kunci: Tata Kelola Pembiayaan, Standar Pelayanan Minimal (SPM), Pembiayaan Kesehatan Berbasis Sosial-Budaya, Daerah Kepulauan 3T, Good Governance, Sabu Raijua.

1. Pendahuluan

Tata kelola pembiayaan kesehatan merupakan fondasi utama dalam memastikan pengelolaan sumber daya publik yang transparan, efisien, dan akuntabel untuk mewujudkan pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas (Mardiasmo, 2018; Mahmudi, 2020). Di Indonesia, Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan menjadi instrumen wajib pemerintah daerah untuk menjamin hak masyarakat atas layanan kesehatan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 (Kementerian Kesehatan, 2024). SPM kesehatan mencakup 12 jenis pelayanan dasar, termasuk pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, serta pengendalian penyakit tidak menular.

Capaian SPM kesehatan secara nasional menunjukkan tren peningkatan, namun masih belum optimal. Pada tahun 2023, rata-rata capaian SPM provinsi mencapai 89%, dengan 24 dari 38 provinsi telah mencapai 100% pada indikator krisis kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2024). Sementara itu, capaian SPM kabupaten/kota rata-rata berada di angka 82%, dengan pelayanan bayi baru lahir sebagai indikator tertinggi (86%), sedangkan pelayanan usia produktif dan hipertensi masih rendah (75% dan 73%) (Kementerian Kesehatan, 2024).

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), tantangan pencapaian SPM semakin kompleks akibat karakteristik wilayah kepulauan. Capaian SPM kesehatan di NTT tahun 2023–2024 menunjukkan fluktuasi, dengan beberapa indikator pelayanan ibu dan anak serta pengendalian penyakit kronis yang belum stabil (Badan Pusat Statistik NTT, 2024; Profil Kesehatan NTT, 2024). Kabupaten Sabu Raijua, sebagai daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), mencatat indeks pencapaian SPM kesehatan fluktuatif antara 79,88% hingga 86,01% selama periode 2022–2024 (Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua, 2024). Indikator pelayanan ibu hamil hanya mencapai 66,17% pada tahun 2024, sementara pelayanan bayi baru lahir dan balita menunjukkan ketidakstabilan.

Berbagai tantangan struktural menghambat pencapaian SPM di daerah 3T seperti Sabu Raijua. Pertama, keterbatasan kapasitas fiskal daerah menyebabkan ketergantungan tinggi pada dana transfer pusat (DAU, DAK, dan Bantuan Operasional Kesehatan/BOK), dengan alokasi anggaran kesehatan sering kali di bawah 10% dari APBD di luar gaji (Risdiyanti et al., 2024; Wahidin et al., 2023). Kedua, tantangan geografis wilayah kepulauan medan berbukit, infrastruktur transportasi terbatas, serta cuaca ekstrem meningkatkan biaya operasional pelayanan dan menghambat akses masyarakat di pulau-pulau terpencil (Noman & Kamisutara, 2022). Ketiga, faktor sosial-budaya menjadi penghambat non-teknis yang signifikan. Kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak sebagai pilihan utama persalinan serta dominasi peran kepala keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan sering menurunkan

utilisasi layanan kesehatan formal, khususnya pada pelayanan ibu hamil dan bersalin (Mokoginta et al., 2023; Sarastri et al., 2023).

Dalam konteks ini, tata kelola pembiayaan kesehatan tidak dapat lagi dipandang semata-mata sebagai proses teknokratis alokasi anggaran. Diperlukan pendekatan **berbasis sosial-budaya** agar pembiayaan mampu mendanai intervensi yang adaptif terhadap nilai-nilai lokal, kepercayaan masyarakat, dan dinamika pengambilan keputusan keluarga (Sedarmayanti, 2020). Tanpa integrasi dimensi ini, alokasi dana meskipun terbatas akan sulit menghasilkan outcome pelayanan yang optimal.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimana tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya di Kabupaten Sabu Raijua dalam mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan?
2. Apa saja faktor pendorong dan penghambat efektivitas tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya dalam meningkatkan capaian SPM di wilayah kepulauan tersebut?

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya di Kabupaten Sabu Raijua dalam mendukung pencapaian SPM bidang kesehatan.
2. Mengidentifikasi faktor pendorong dan penghambat efektivitas tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya dalam meningkatkan capaian SPM di wilayah kepulauan.

Signifikansi dan Novelty Penelitian

Secara teoritis, penelitian ini memperkaya kajian keuangan publik dan administrasi kesehatan dengan mengintegrasikan dimensi sosial-budaya ke dalam model tata kelola pembiayaan (Moore, 1995; Sedarmayanti, 2020). Novelty utama terletak pada pendekatan yang menantang model tata kelola teknokratis netral dengan mengusulkan kerangka analisis di mana efektivitas pembiayaan diukur dari kemampuannya mendanai intervensi yang responsif terhadap konteks lokal, seperti kepercayaan pada dukun beranak dan peran kepala keluarga dalam keputusan akses layanan kesehatan. Pendekatan ini belum banyak dieksplorasi dalam literatur existing yang lebih dominan membahas aspek input anggaran dan koordinasi kelembagaan (Risdiyanti et al., 2024; Wahidin et al., 2023).

Secara praktis, hasil penelitian diharapkan memberikan rekomendasi konkret bagi Pemerintah Daerah Sabu Raijua dan daerah 3T lainnya dalam merancang model pembiayaan SPM yang adaptif budaya, sehingga dapat meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan, mengurangi ketimpangan capaian, serta mendukung pencapaian Universal Health Coverage (UHC) di wilayah kepulauan.

2. Tinjauan Pustaka Singkat dan Kerangka Teori

Konsep good governance (World Bank, 1992; Sedarmayanti, 2020) menjadi landasan utama, dengan prinsip transparansi, akuntabilitas, partisipasi, efisiensi, dan responsivitas sebagai ukuran kualitas tata kelola pembiayaan. Kerangka WHO Building Blocks (WHO, 2007) menekankan enam komponen sistem kesehatan, di

mana *health financing* dan *leadership/governance* menjadi dua pilar krusial yang saling terkait untuk mendukung pencapaian SPM.

Public Value Management (Moore, 1995) melengkapi analisis dengan menekankan penciptaan nilai publik (*public value*) melalui kolaborasi multi-aktor dan orientasi pada outcome masyarakat, bukan sekadar efisiensi anggaran. Sementara itu, teori desentralisasi fiskal (Oates, 1972; Litvack & Seddon, 1999) menjelaskan dinamika hubungan pusat-daerah, di mana otonomi fiskal daerah harus diimbangi dengan kapasitas lokal agar tidak menimbulkan ketergantungan berlebihan. Teori kebijakan publik (Anderson, 2014; Howlett & Ramesh, 2003) memberikan kerangka siklus kebijakan untuk memahami proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi pembiayaan SPM.

Penelitian terdahulu (Risdiyanti et al., 2024; Wahidin et al., 2023; Mokoginta et al., 2023) banyak menyoroti ketergantungan dana pusat dan keterbatasan SDM sebagai penghambat SPM di daerah 3T. Namun, masih sedikit yang mengintegrasikan variabel sosial-budaya secara mendalam ke dalam analisis tata kelola pembiayaan. Penelitian ini mengisi celah tersebut dengan mengusulkan model tata kelola yang responsif budaya di wilayah kepulauan.

3. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus (Creswell & Creswell, 2017; Miles et al., 2018). Desain studi kasus dipilih karena penelitian ini bertujuan untuk mendalami fenomena tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya dalam konteks nyata di wilayah kepulauan yang kompleks. Studi kasus memungkinkan peneliti untuk mengeksplorasi “bagaimana” dan “mengapa” suatu proses tata kelola berlangsung, serta memahami interaksi antara konteks lokal, aktor, dan dinamika sosial-budaya (Yin, 2018).

Lokasi penelitian dilakukan di Kabupaten Sabu Raijua, Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang merupakan salah satu daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T) dengan karakteristik wilayah kepulauan. Penelitian lapangan dilaksanakan selama periode Januari hingga Juli 2024. Pemilihan lokasi ini didasarkan pada fluktuasi capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang masih rendah serta tantangan geografis dan sosial-budaya yang representatif bagi daerah 3T di Indonesia.

Sumber data dalam penelitian ini berasal dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari 20 informan yang dipilih secara purposive sampling dengan kriteria memiliki pengetahuan dan keterlibatan langsung dalam perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, serta pemanfaatan program SPM kesehatan. Informan terdiri dari: Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, tenaga kesehatan (bidan dan perawat), kepala desa, kader posyandu, tokoh masyarakat, tokoh adat, dukun beranak, serta perwakilan kepala keluarga dari berbagai pulau di Kabupaten Sabu Raijua (Miles et al., 2018).

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui empat metode utama, yaitu:

1. Wawancara mendalam (in-depth interview) dengan panduan pertanyaan semi-struktural untuk mendapatkan pemahaman mendalam mengenai praktik tata kelola pembiayaan dan faktor sosial-budaya.
2. Observasi partisipan dan non-partisipan terhadap kegiatan pelayanan kesehatan di puskesmas, posyandu, serta proses perencanaan anggaran di tingkat desa dan kabupaten.

3. Focus Group Discussion (FGD) yang dilakukan dalam tiga kelompok terpisah (tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, dan perwakilan keluarga) untuk menggali perspektif kolektif.
4. Dokumentasi, meliputi dokumen APBD, laporan realisasi SPM, petunjuk teknis dana BOK, laporan Musrenbang, serta data statistik kesehatan tahun 2022–2024.

Analisis data dilakukan menggunakan model Miles dan Huberman (Miles et al., 2018) yang terdiri dari tiga tahap utama: (1) reduksi data (meringkas, memilih, dan memfokuskan data mentah), (2) penyajian data (menyusun data dalam bentuk narasi, tabel, dan matriks untuk memudahkan pemahaman), dan (3) penarikan kesimpulan/verifikasi (membuat interpretasi, mencari pola, dan memverifikasi temuan melalui bukti yang ada). Proses analisis dilakukan secara iteratif dan simultan sejak pengumpulan data dimulai hingga penarikan kesimpulan akhir.

Untuk menjamin keabsahan (validitas) dan keandalan (reliabilitas) data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber (Denzin, 2017; Creswell & Creswell, 2017). Triangulasi dilakukan dengan membandingkan data yang diperoleh dari wawancara, observasi, FGD, dan dokumen resmi. Selain itu, dilakukan member checking kepada beberapa informan kunci untuk memastikan bahwa interpretasi peneliti sesuai dengan pemahaman informan.

Dalam pelaksanaannya, penelitian ini memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian. Sebelum pengumpulan data, peneliti memperoleh persetujuan etik dari Universitas Terbuka dan izin resmi dari Pemerintah Kabupaten Sabu Raijua. Semua informan diberikan penjelasan lengkap mengenai tujuan penelitian, hak mereka untuk menolak atau mengundurkan diri kapan saja, serta jaminan kerahasiaan identitas (informed consent). Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

Pendekatan metodologi ini dipandang sesuai karena mampu mengungkap dinamika kompleks tata kelola pembiayaan kesehatan yang tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh faktor sosial-budaya di wilayah kepulauan 3T.

4. Hasil Dan Pembahasan

Hasil Penelitian

Penelitian ini menemukan bahwa tata kelola pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua telah berjalan, namun belum optimal dalam mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Temuan disajikan secara deskriptif berdasarkan empat aspek utama.

1. Tata Kelola Pembiayaan (Akuntabilitas, Transparansi, Partisipasi, dan Rule of Law)

Akuntabilitas dalam pengelolaan pembiayaan SPM kesehatan masih bersifat administratif dan vertikal. Pelaporan dilakukan secara berjenjang dari puskesmas ke Dinas Kesehatan, kemudian ke Bupati dan lembaga pengawas internal. Namun, akuntabilitas substantif yang berorientasi pada hasil layanan dan manfaat masyarakat masih lemah. Informan dari Dinas Kesehatan menyatakan bahwa laporan lebih menekankan kepatuhan prosedur daripada dampak terhadap capaian indikator SPM.

Transparansi juga terbatas. Informasi anggaran dan realisasi SPM disebarakan melalui Musrenbang dan sosialisasi di tingkat desa, namun masyarakat umumnya tidak memahami detail alokasi dana SPM karena tidak ada penandaan khusus (tagging) anggaran SPM yang terpisah dari program lain. Partisipasi masyarakat

cenderung formal, terutama melalui Musrenbang dan Lokakarya Mini, tetapi jarang memengaruhi keputusan alokasi anggaran secara substantif.

Penerapan *rule of law* relatif baik pada tingkat kelembagaan, dengan kepatuhan terhadap petunjuk teknis dana BOK dan regulasi SPM. Namun, pemahaman masyarakat terhadap aspek hukum dalam pengelolaan anggaran masih rendah, sehingga fungsi kontrol sosial belum berjalan efektif.

2. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Indeks pencapaian SPM kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua menunjukkan fluktuasi dan kategori “cukup” selama periode 2022–2024. Berikut ringkasan realisasi utama berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua (2024):

Tabel 1. Capaian Indeks SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2022–2024

Tahun	Indeks Pencapaian SPM (%)	Kategori	Catatan Utama
2022	84,09	Cukup	Stabil pada beberapa indikator kronis
2023	86,01	Cukup	Peningkatan tertinggi
2024	79,88	Cukup	Penurunan signifikan

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua (2024)

Terdapat ketimpangan antar indikator. Pelayanan ibu hamil hanya mencapai 66,17% pada 2024 (naik dari 59,35% tahun 2022), pelayanan ibu bersalin sekitar 76,73%, dan pelayanan bayi baru lahir 92,16%. Beberapa indikator seperti pelayanan hipertensi turun tajam dari 100% (2023) menjadi 29,39% (2024), sementara pelayanan usia pendidikan dasar anjlok dari 100% menjadi 49,35%. Fokus utama penelitian ini adalah pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir, yang masih menjadi prioritas namun belum mencapai target nasional 100%.

3. Faktor Pendorong Efektivitas Tata Kelola Pembiayaan

Tiga faktor utama menjadi pendorong:

- Dukungan kepala keluarga: Kepala keluarga berperan penting dalam keputusan akses layanan kesehatan. Edukasi kepada suami dan keluarga meningkatkan pemanfaatan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas kesehatan.
- Sinergi dan kolaborasi lintas aktor: Kolaborasi antara Dinas Kesehatan, puskesmas, pemerintah desa, kader posyandu, tokoh adat, dan dukun beranak membentuk ekosistem partisipatif. Penggunaan kendaraan desa sebagai alternatif ambulans menjadi contoh inovasi kolaborasi.
- Pemanfaatan dana desa (ADD): Dana desa dialokasikan untuk posyandu, pemberian makanan tambahan (PMT), insentif kader, dan transportasi rujukan, sehingga mendukung program promotif-preventif.

4. Faktor Penghambat Efektivitas Tata Kelola Pembiayaan

Faktor penghambat meliputi:

- Keterbatasan fiskal:** Alokasi anggaran kesehatan di luar gaji masih di bawah 10% dari APBD, dengan ketergantungan tinggi pada dana transfer pusat (BOK, DAK). Keterlambatan pencairan dana sering menghambat kegiatan lapangan.
- Tantangan geografis wilayah kepulauan:** Medan sulit, jalan rusak, dan keterbatasan transportasi laut/udara meningkatkan biaya operasional dan menunda rujukan pasien, terutama ibu hamil berisiko tinggi.

- c. **Hambatan sosial-budaya:** Kepercayaan kuat terhadap dukun beranak dan dominasi kepala keluarga dalam keputusan kesehatan menyebabkan banyak persalinan masih dilakukan di rumah, sehingga menurunkan capaian indikator ibu hamil dan bersalin.

Tabel 2. Ringkasan Faktor Pendorong dan Penghambat

Aspek	Faktor Pendorong	Faktor Penghambat
Sosial-Budaya	Dukungan kepala keluarga, kolaborasi dengan dukun	Kepercayaan pada dukun beranak, dominasi keputusan keluarga
Kelembagaan	Sinergi lintas aktor dan OPD	Akuntabilitas administratif, partisipasi formal
Fiskal & Geografis	Pemanfaatan dana desa	Keterbatasan anggaran, tantangan kepulauan

Pembahasan

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa tata kelola pembiayaan SPM kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua belum sepenuhnya efektif, meskipun telah terdapat upaya kolaborasi. Capaian indeks SPM sebesar 79–86% berada dalam kategori cukup, tetapi ketimpangan antar indikator—khususnya rendahnya pelayanan ibu hamil (66,17%)—mencerminkan belum optimalnya alokasi anggaran dan intervensi di lapangan (Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua, 2024; Risdiyanti et al., 2024).

Dari perspektif *good governance* (World Bank, 1992; Sedarmayanti, 2020), prinsip akuntabilitas dan transparansi masih bersifat prosedural, bukan substantif. Hal ini sejalan dengan temuan Wahidin et al. (2023) yang menyatakan bahwa di daerah 3T, pelaporan SPM lebih berorientasi pada kepatuhan administratif daripada hasil kesehatan masyarakat. Partisipasi masyarakat yang formal juga sesuai dengan kritik Howlett & Ramesh (2003) mengenai *policy capacity* yang masih rendah di tingkat lokal.

Kerangka WHO *Building Blocks* (WHO, 2007) menjelaskan bahwa komponen *health financing* dan *leadership/governance* di Sabu Raijua belum terintegrasi dengan baik. Ketergantungan pada dana pusat menyebabkan pembiayaan kurang prediktif, sehingga memengaruhi *service delivery* di wilayah terpencil.

Public Value Management (Moore, 1995) memberikan penjelasan yang relevan. Kolaborasi lintas aktor dan pemanfaatan dana desa merupakan upaya menciptakan *public value*, namun hambatan sosial-budaya (kepercayaan pada dukun beranak) menghambat *co-creation* nilai tersebut. Dukungan kepala keluarga dan pendekatan dengan tokoh adat menunjukkan potensi kolaborasi, tetapi belum dioptimalkan dalam siklus penganggaran.

Teori desentralisasi fiskal (Oates, 1972; Litvack & Seddon, 1999) mengungkap bahwa otonomi daerah di Sabu Raijua belum diimbangi kapasitas fiskal yang memadai, sehingga desentralisasi justru meningkatkan ketergantungan. Temuan ini memperkuat penelitian Mokoginta et al. (2023) yang menemukan bahwa alokasi anggaran tidak merata di daerah kepulauan.

Novelty penelitian ini terletak pada integrasi faktor sosial-budaya ke dalam model tata kelola pembiayaan. Berbeda dengan studi sebelumnya yang lebih fokus pada input anggaran dan koordinasi kelembagaan (Risdiyanti et al., 2024; Sarastri et al., 2023), penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan pembiayaan SPM di daerah

3T sangat bergantung pada adaptasi terhadap konteks lokal, seperti melibatkan dukun beranak sebagai mitra dan mendesain program yang memperkuat peran kepala keluarga. Pendekatan berbasis sosial-budaya ini menjadi kontribusi teoritis baru yang menantang model tata kelola teknokratis netral.

Implikasi praktisnya adalah perlunya merancang model pembiayaan yang responsif budaya, misalnya dengan mengalokasikan dana khusus untuk edukasi berbasis komunitas dan insentif kolaborasi dengan dukun beranak. Hal ini dapat meningkatkan utilisasi layanan ibu dan anak, mengurangi ketimpangan capaian SPM, serta mendukung pencapaian Universal Health Coverage di wilayah kepulauan.

Secara keseluruhan, hasil dan pembahasan ini menegaskan bahwa efektivitas tata kelola pembiayaan SPM kesehatan di daerah 3T tidak hanya bergantung pada besaran anggaran, melainkan pada kemampuan mengintegrasikan dimensi sosial-budaya ke dalam seluruh siklus kebijakan.

5. Simpulan Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa tata kelola pembiayaan kesehatan berbasis sosial-budaya di Kabupaten Sabu Raijua telah berjalan, namun **belum optimal** dalam mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Jawaban atas rumusan masalah pertama menunjukkan bahwa tata kelola pembiayaan masih didominasi oleh pendekatan administratif dan vertikal. Akuntabilitas dan transparansi bersifat prosedural, partisipasi masyarakat cenderung formal, serta alokasi anggaran belum sepenuhnya selaras dengan kebutuhan riil di lapangan, terutama pada pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir (Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua, 2024).

Terhadap rumusan masalah kedua, penelitian ini mengidentifikasi tiga faktor pendorong utama, yaitu dukungan kepala keluarga dalam pengambilan keputusan akses layanan kesehatan, sinergi kolaborasi lintas aktor (pemerintah daerah, puskesmas, pemerintah desa, kader, dan tokoh adat), serta pemanfaatan dana desa untuk kegiatan promotif dan preventif. Sementara itu, faktor penghambat meliputi keterbatasan kapasitas fiskal daerah dengan ketergantungan tinggi pada dana transfer pusat, tantangan geografis wilayah kepulauan yang meningkatkan biaya operasional, serta hambatan sosial-budaya berupa kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak dan dominasi peran kepala keluarga (Mokoginta et al., 2023; Risdiyanti et al., 2024).

Secara keseluruhan, efektivitas tata kelola pembiayaan SPM kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua berada pada kategori cukup efektif dengan indeks capaian antara 79–86%. Meskipun terdapat kemajuan pada beberapa indikator, ketimpangan antar indikator dan fluktuasi capaian menunjukkan bahwa tata kelola belum mampu menghasilkan outcome pelayanan yang konsisten dan berkelanjutan. Temuan ini sejalan dengan prinsip good governance (Sedarmayanti, 2020) dan kerangka WHO Building Blocks (WHO, 2007), yang menekankan pentingnya integrasi antara pembiayaan, kepemimpinan, dan partisipasi masyarakat.

Implikasi Teoritis Penelitian ini memberikan kontribusi teoritis dengan memperkaya kajian tata kelola keuangan publik melalui integrasi dimensi sosial-budaya. Novelty utama terletak pada pengembangan kerangka analisis yang menunjukkan bahwa efektivitas pembiayaan SPM di daerah 3T tidak hanya ditentukan oleh besaran anggaran atau koordinasi kelembagaan, melainkan juga oleh

kemampuan adaptasi terhadap konteks lokal, kepercayaan masyarakat, dan dinamika pengambilan keputusan keluarga. Pendekatan ini melengkapi teori Public Value Management (Moore, 1995) dan desentralisasi fiskal (Oates, 1972) dengan perspektif yang lebih kontekstual di wilayah kepulauan.

Implikasi Praktis Bagi Pemerintah Daerah Sabu Raijua dan daerah 3T lainnya, penelitian ini merekomendasikan penguatan model tata kelola pembiayaan yang berbasis sosial-budaya. Diperlukan penandaan anggaran SPM yang jelas, peningkatan literasi anggaran masyarakat, serta desain intervensi yang melibatkan dukun beranak dan kepala keluarga sebagai mitra strategis. Diversifikasi sumber pembiayaan dan peningkatan koordinasi lintas sektor juga menjadi prioritas untuk mengurangi ketergantungan dana pusat dan meningkatkan pemerataan layanan kesehatan.

Kesimpulannya, meskipun tata kelola pembiayaan SPM kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua telah menunjukkan kemajuan, penguatan pendekatan berbasis sosial-budaya menjadi kunci untuk mencapai efektivitas yang lebih tinggi dan mendukung pemerataan layanan kesehatan di wilayah kepulauan 3T.

Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian, berikut adalah beberapa saran praktis yang dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sabu Raijua untuk meningkatkan efektivitas tata kelola pembiayaan kesehatan dalam mendukung capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.

1. Optimalisasi Alokasi Anggaran dan Perencanaan Berbasis Kebutuhan

Pemerintah daerah disarankan meningkatkan proporsi anggaran kesehatan di luar belanja pegawai menjadi minimal 10% sesuai amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Perencanaan anggaran harus dilakukan secara *evidence-based* dengan memanfaatkan data realisasi SPM dan kebutuhan riil di lapangan. Penandaan anggaran (budget tagging) khusus untuk SPM kesehatan perlu diterapkan agar alokasi dana lebih mudah dilacak dan dievaluasi (Mardiasmo, 2018; Risdiyanti et al., 2024).

2. Pengembangan Pendekatan Pembiayaan Berbasis Sosial-Budaya

Model tata kelola pembiayaan harus lebih adaptif terhadap konteks lokal. Disarankan mengalokasikan dana khusus untuk program edukasi dan sosialisasi berbasis budaya, termasuk melibatkan dukun beranak sebagai mitra tenaga kesehatan serta penguatan peran kepala keluarga dalam kampanye kesehatan ibu dan anak. Pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan utilisasi layanan kesehatan formal, terutama pada indikator pelayanan ibu hamil dan bersalin yang masih rendah.

3. Penguatan Partisipasi Masyarakat dan Kolaborasi Lintas Sektor

Partisipasi masyarakat perlu ditingkatkan dari sekadar formal menjadi substantif. Pemerintah daerah sebaiknya mengembangkan mekanisme partisipasi berbasis komunitas melalui forum Musrenbang yang lebih inklusif, peningkatan literasi anggaran, serta pembentukan tim kolaborasi yang melibatkan tokoh adat, tokoh agama, kader posyandu, dan dukun beranak. Sinergi antar-OPD (Dinas Kesehatan, Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa, dan Dinas Keuangan) juga harus diperkuat melalui mekanisme koordinasi rutin (Sedarmayanti, 2020; Ansell & Gash, 2007).

4. Diversifikasi Sumber Pembiayaan dan Pengurangan Ketergantungan Dana Pusat

Pemerintah Kabupaten Sabu Raijua perlu mengoptimalkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan pemanfaatan Dana Desa (ADD) secara lebih strategis untuk mendukung program SPM. Inovasi pembiayaan seperti kemitraan dengan swasta,

pengembangan dana kesehatan desa, dan pemanfaatan dana desa untuk transportasi rujukan kesehatan dapat mengurangi ketergantungan pada dana transfer pusat (Oates, 1972; Litvack & Seddon, 1999).

5. Peningkatan Kapasitas dan Monitoring Berbasis Kinerja Diperlukan pelatihan berkelanjutan bagi aparatur daerah dan tenaga kesehatan mengenai manajemen keuangan berbasis kinerja serta penerapan teknologi informasi untuk monitoring SPM secara real-time. Sistem akuntabilitas berbasis kinerja (performance-based accountability) harus dikembangkan agar pelaporan tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga berorientasi pada hasil dan dampak masyarakat.

Saran untuk Penelitian Lanjutan Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan mixed-methods untuk mengukur secara kuantitatif hubungan antara variabel tata kelola pembiayaan berbasis sosial-budaya dengan capaian indikator SPM. Studi komparatif antar kabupaten 3T di Provinsi NTT atau wilayah kepulauan lainnya juga penting untuk melihat generalisasi temuan. Selain itu, penelitian mendalam tentang efektivitas intervensi kolaborasi dengan dukun beranak serta dampak ekonomi dari peningkatan capaian SPM kesehatan dapat menjadi arah yang menarik untuk dikembangkan.

Dengan menerapkan saran-saran di atas, diharapkan tata kelola pembiayaan kesehatan di Kabupaten Sabu Raijua dapat menjadi lebih efektif, responsif, dan berkeadilan, sehingga capaian SPM bidang kesehatan dapat mendekati target nasional dan mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kepulauan 3T.

6. Daftar Pustaka

- Anderson, J. E. (2014). *Public policymaking* (8th ed.). Cengage Learning.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Azmi, H., Kusmanto, H., & Zulkifli, Z. (2025). Implementation of minimum service standards in health services for people suspected of tuberculosis (TB) in Labuhanbatu District. *East Asian Journal of Multidisciplinary Research*, 4(1), 126–140. <https://doi.org/10.55927/eajmr.v4i1.12654>
- Badan Pusat Statistik Nusa Tenggara Timur. (2024). *Statistik kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur 2024*. BPS NTT.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua. (2024). *Laporan realisasi kinerja Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan tahun 2022–2024*. Pemerintah Kabupaten Sabu Raijua.
- Fadlika, A., Machmud, R., & Setya, A. (2024). Analysis of the implementation of minimum service standards (SPM) on the minimum service quality of hospitals. *Community Medicine and Education Journal*, 5(2), 593–602.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Jamaluddin, Y., & Maruapey, M. (2024). Public participation in basic services in Indonesia. *KnE Social Sciences*, 9(7), 155–170. <https://doi.org/10.18502/kss.v9i7.15522>

- Kaharuddin, K., Saafi, L., & Risky, S. (2023). Relationship between allocation of health operational assistance funds and achievement of minimum service standards at regional technical implementation unit health centers. *Waluya The International Science of Health Journal*, 2(4), 557–565.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Litvack, J., & Seddon, J. (Eds.). (1999). *Decentralization briefing notes*. The World Bank.
- Mardiasmo. (2018). *Perpajakan: Edisi revisi 2018*. Andi.
- Marta, H., Abdurrohman, A., & Novelia, S. (2024). Optimalization of minimum service standards for newborn services in Lebak Regency: Challenges and solutions. *Nursing and Health Sciences Journal*, 4(2), 374–385.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4th ed.). SAGE Publications.
- Mokoginta, S., Lapian, A. L. C. P., & Kawung, G. M. V. (2023). Analisis pengaruh Standar Pelayanan Minimal (SPM) terhadap kesejahteraan masyarakat melalui pertumbuhan ekonomi Kotamobagu. *Jurnal Pembangunan Ekonomi dan Keuangan Daerah*, 24(2), 207–220.
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.
- Noman, E., & Kamisutara, M. (2022). Design and build applications for maternal and child health promotion and services to overcome stunting in NTT Province. *International Journal of Electrical Engineering and Information Technology*, 5(2), 85–92.
- Oates, W. E. (1972). *Fiscal federalism*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Okto, O. (2025). Analysis of the influence of the implementation of minimum service standards (SPM) of hospitals on the satisfaction of inpatients. *Medistra Medical Journal*, 2(2), 270–285.
- Risdiyanti, A., Paramu, H., & Sunarto, S. (2024). Health financing analysis of minimum service standards in the health sector. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 12(1), 62–73. <https://doi.org/10.20473/jaki.v12i1.2024.62-73>
- Sarasri, L., Indarto, I., & Wardoyo, P. (2023). Strategi meningkatkan capaian Standar Pelayanan Minimal pada Pemerintah Kota Magelang. *Solusi*, 21(4), 379–392.
- Sedarmayanti. (2020). *Reformasi administrasi publik, reformasi birokrasi, dan kepemimpinan masa depan*. CV. Pustaka Setia.
- Wahidin, M., Latelay, A., & Nitami, M. (2023). Dana Alokasi Khusus dan capaian Standar Pelayanan Minimal diabetes melitus di Indonesia. *Indonesian Journal of Nursing Health Science*, 8(1), 45–58.
- World Bank. (1992). *Governance and development*. The World Bank.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.