

BULETIN APBN

Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian DPR RI

Edisi 13, Vol. I, Juli 2016

Lima Persen
Anggaran
Kesehatan dan
Pencapaian
SDGs Bidang
Kesehatan

p. 02

Mendorong
Sektor
Pariwisata
Melalui
Penguatan
Pemasaran
Pariwisata

p. 07

Buletin APBN
Pusat Kajian Anggaran
Badan Keahlian DPR RI
www.puskajianggaran.dpr.go.id
ISSN 2502-8685



9 772502 868006

DEWAN REDAKSI

Penanggung Jawab

Dr. Asep Ahmad Saefuloh, S.E., M.Si.

Pemimpin Redaksi

Slamet Widodo, S.E., M.E.

Redaktur

Robby Alexander Sirait, S.E., M.E.

Dahiri, S.Si., M.Sc

Adhi Prasetyo S. W., S.M.

Dwi Resti Pratiwi, S.T., MPM.

Editor

Marihot Nasution, S.E., M.Si.

Ade Nurul Aida, S.E.

Daftar Isi

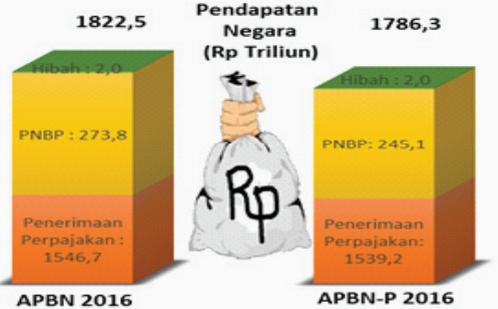
Update APBN.....	p.01
Lima Persen Anggaran Kesehatan dan Pencapaian SDGs Bidang Kesehatan.....	p.02
Mendorong Sektor Pariwisata Melalui Penguatan Pemasaran Pariwisata.....	p.07

Terbitan ini dapat diunduh di halaman website www.puskajianggaran.dpr.go.id

Update APBN

Pada APBN Perubahan TA 2016 telah disepakati beberapa perubahan dalam asumsi makro maupun postur APBN itu sendiri. Adapun asumsi dasar ekonomi makro yang mengalami perubahan yaitu pertumbuhan ekonomi menjadi 5,2% dari sebelumnya 5,3%. Inflasi ditetapkan menurun menjadi 4% yang pada APBN 2016 sebesar 4,7%. Surat Perbendaharaan Negara (SPN) tidak mengalami perubahan yaitu 5,5%. Selanjutnya nilai tukar rupiah menjadi Rp13.500 dari sebelumnya Rp13.900. Sementara, harga minyak dalam APBNP 2016 ditetapkan sebesar 40 USD/Barel. Lifting minyak mentah dan lifting gas ditetapkan masing-masing sebesar 820 ribu barel/hari dan 1150 ribu barel/hari. Pendapatan negara ditetapkan sebesar Rp1.786,2 triliun. dan belanja negara sebesar Rp2.082,9 triliun.

APBN 2016	ASUMSI EKONOMI MAKRO	APBN-P 2016
5,3	Pertumbuhan Ekonomi (%)	5,2
4,7	Inflasi (%)	4
5,5	SPN (%)	5,5
13.900	Nilai Tukar Rupiah (IDR/USD)	13.500
50	Harga Minyak (USD/Barel)	40
830	Lifting Minyak Mentah (Ribu Barel/Hari)	820
1155	Lifting Gas (Ribu Barel/Hari)	1.150



Lima Persen Anggaran Kesehatan dan Pencapaian SDGs Bidang Kesehatan

Slamet Widodo¹⁾

Berakhirnya Millennium Development Goals (MDGs) di tahun 2015, menyisakan pekerjaan rumah tersendiri bagi Indonesia, karena Indonesia diperkirakan tidak mampu mencapai beberapa tujuan MDGs yang terkait dengan bidang kesehatan yaitu menurunkan angka kematian anak dan angka kematian ibu. Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan kesepakatan pembangunan baru pengganti MDGs yang berlaku mulai tahun 2015-2030, yang telah disepakati oleh lebih dari 190 negara di dunia. Dokumen SDGs berisikan 17 goals dan 169 sasaran pembangunan yang berupaya menjawab ketertinggalan pembangunan negara-negara di seluruh dunia, baik di negara maju (konsumsi dan produksi yang berlebihan, serta ketimpangan) dan negara-negara berkembang (kemiskinan, kesehatan, pendidikan, perlindungan ekosistem laut dan hutan, perkotaan, sanitasi dan ketersediaan air minum).

Mulai tahun 2016, Pemerintah dan DPR telah menyepakati untuk mengalokasikan minimum sebesar 5 persen dari APBN di luar gaji untuk anggaran kesehatan. Konsekuensinya, terjadi kenaikan signifikan alokasi anggaran kesehatan dari Rp74,2 triliun pada APBNP 2015, menjadi sebesar Rp104,8 triliun dalam APBN 2016 atau mengalami peningkatan sebesar 41,2 persen. Komitmen pemerintah untuk terus meningkatkan anggaran kesehatan sebesar minimal 5 persen dari APBN harus menjadi momentum bagi perbaikan kualitas kesehatan, khususnya terkait dengan sasaran yang belum dipenuhi dalam MDGs yang dicanangkan pemerintah dalam periode tahun 2000-2015 tersebut.

Angka kematian ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu negara. AKI dan AKB juga mengindikasikan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan.

Program Prioritas Bidang Kesehatan

Salah satu program prioritas bidang kesehatan adalah mewujudkan program keluarga sehat yang mencakup²⁾:

1. Kesehatan ibu dengan sasaran menurunkan angka kematian ibu (AKI),
2. Kesehatan anak dengan sasaran menurunkan angka kematian bayi (AKB) dan menurunkan prevalensi balita pendek (*stunting*),
3. Pengendalian penyakit menular untuk mempertahankan prevalensi HIV/AIDS kurang dari 0,5, menurunkan prevalensi tuberkulosis dan malaria,
4. Pengendalian penyakit tidak menular untuk menurunkan prevalensi hipertensi, diabetes, kanker dan mempertahankan prevalensi obesitas pada 15,4.

Untuk mendukung program tersebut, pemerintah pada tahun 2016, pemerintah bersama-sama dengan DPR telah sepakat untuk memenuhi mandat Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 yang mengamanatkan pemenuhan anggaran kesehatan sebesar 5 persen dari belanja negara di luar gaji. Hal ini tercermin dari alokasi anggaran kesehatan dalam

1) Dewan Redaksi Buletin APBN

2) Dr. H Mohamad Subuh, Mppm. Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Sehat, Kementerian Kesehatan RI

Gambar 1. Rasio Anggaran Kesehatan (Persentase)



Sumber: Kementerian Keuangan

*)Catatan

2011-2013: data LKPP; 2014: data APBNP; 2015: data APBNP; 2016: data APBN

APBN Tahun 2016 yang mencapai Rp104,8 triliun meningkat cukup signifikan (Rp30,0 triliun) dari alokasi dalam APBN tahun 2015 (gambar 1). Dalam perhitungannya, selain memperhitungkan alokasi dalam belanja Pemerintah Pusat, juga memperhitungkan alokasi dari Transfer ke Daerah dan Dana Desa serta pengeluaran pembiayaan.

Indonesia sebagai salah satu negara yang turut mengadopsi SDGs, sebagai keberlanjutan dari MDGs yang telah berakhir pada tahun 2015 lalu, masih perlu memperbaiki beberapa target MDGs yang belum tercapai di tahun 2015 di bidang kesehatan antara lain yaitu tujuan 4 dalam MDGs yaitu menurunkan angka kematian anak, dan tujuan 5 dalam MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Kedua sasaran tersebut termasuk dalam agenda SDGs tujuan 3, yaitu memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia, dengan target: 1) pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran, 2) pada tahun 2030, mengakhiri kematian yang dapat dicegah pada bayi baru lahir dan balita, dimana setiap negara menargetkan untuk mengurangi kematian neonatal setidaknya menjadi kurang dari 12 per 1.000 kelahiran dan kematian balita menjadi serendah 25 per 1.000 kelahiran.

Penurunan Angka Kematian Anak³

Upaya untuk menurunkan angka kematian anak masih belum tercapai di tahun 2015. Hal ini ditunjukkan dengan penurunan angka kematian balita dari 97 (tahun 1991) menjadi 40 per 1.000 kelahiran hidup (tahun 2012); dengan target di tahun 2015 sebanyak 32 per seribu 1.000 hidup. Angka kematian bayi meskipun trendnya menurun dari 68 (1991) menjadi 32 (2012) per 1.000 kelahiran; juga belum mencapai target 23 per 1.000 kelahiran hidup di tahun 2015⁴.

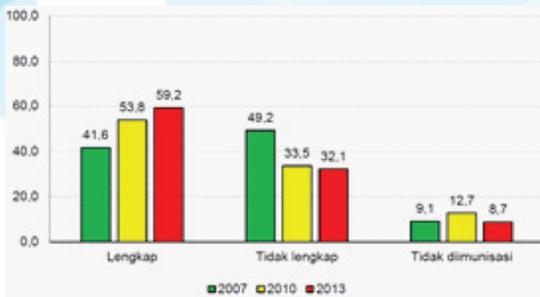
Proses persalinan menjadi faktor penting lainnya yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian bayi, sehingga diperlukan adanya pelayanan berkelanjutan dan fasilitas rujukan yang menjamin proses persalinan dan pasca persalinan dapat tertangani dengan baik. Akses terhadap pelayanan kebidanan berkelanjutan dan berkualitas perlu terus mendapatkan prioritas tinggi.

Tingkat kesehatan anak yang diindikasikan dengan pemberian imunisasi dasar lengkap juga mempengaruhi tingkat kematian anak. Imunisasi dasar lengkap bagi anak meliputi BCG sebanyak 1 kali, DPT-HB 3 kali, polio 4 kali, dan campak 1 kali. Gambar 4.3 menunjukkan cakupan imunisasi lengkap pada anak umur 12-23 bulan, yang merupakan gabungan dari satu kali imunisasi HB-0, satu kali BCG, tiga kali DPT-HB, empat

3) Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2014

4) Ibid.

Gambar 2. Kecenderungan imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-23 bulan, Indonesia tahun 2007, 2010, dan 2013



Gambar 3. Kecenderungan prevalensi gizi kurang, pendek, kurus, dan gemuk pada balita, Indonesia 2007,2010, dan 2013



Sumber: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, Kementerian Kesehatan RI

kali polio, dan satu kali imunisasi campak. Cakupan imunisasi lengkap cenderung meningkat dari tahun 2007 (41,6 persen), 2010 (53,8 persen), dan 2013 (59,2 persen) namun masih jauh dari cakupan minimal 80 persen sebagai target pencapaian UCI (*Universal Coverage of Immunization*)⁵.

Faktor penting lainnya yang menyebabkan belum tercapainya penurunan AKBa dan AKB adalah masih banyaknya balita yang menderita gizi kurang, pendek dan kurus.

Salah satu penyebab belum tercapainya penurunan AKBa dan AKB adalah banyaknya balita yang menderita gizi kurang, pendek atau kurus. Walaupun status gizi balita telah mengalami perbaikan dan prevalensi gizi kurang pada anak balita hampir mencapai target MDGs, prevalensi balita pendek/*stunting* dan sangat pendek, masih sangat tinggi dan cenderung meningkat. Tingginya *stunting* pada anak balita mengindikasikan bahwa telah terjadi keadaan kurang gizi secara kronis dan/atau berulang sejak usia dini. Tingginya prevalensi kurus pada usia yang lebih muda juga mengindikasikan bahwa proses kekurangan gizi akut sudah terjadi sejak usia dini.

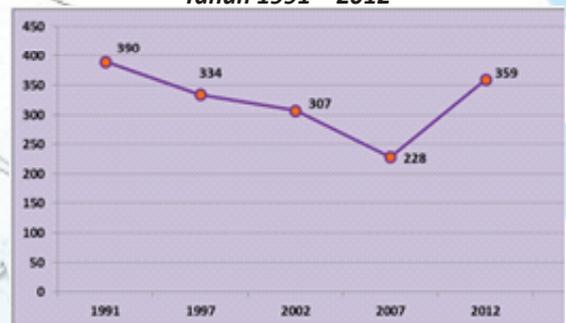
Peningkatan Kesehatan Ibu

Angka kematian ibu baru dapat ditekan dari 390 (tahun 1991) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2012), masih jauh dari

target MDGs sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. Upaya keras untuk mencapai target MDGs telah dilakukan mulai tahun 1991. Pada tahun 1991, angka kematian ibu menurun dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, namun kembali meningkat pada tahun 2012 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (Gambar 4).

Berbagai penyebab meningkatnya kematian ibu mulai dari perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Namun demikian, kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Pemerintah sejak tahun 1990 telah melakukan upaya strategis dalam upaya menekan AKI dengan pendekatan *safe motherhood* yaitu memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat

Gambar 4. Angka Kematian Ibu Di Indonesia Tahun 1991 – 2012



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia-2014 Kementerian Kesehatan RI

5) Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Kementerian Kesehatan RI 2013

dan sehat selama kehamilan dan persalinannya. Salah satu program utama yang ditujukan untuk mengatasi masalah kematian ibu adalah penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat.

Faktor Pendorong Keberhasilan Lainnya

Keberhasilan dalam memperbaiki kualitas kesehatan tidak semata-mata hanya bergantung pada besarnya anggaran kesehatan yang dialokasikan pemerintah, namun harus didukung pula oleh faktor-faktor lain. Faktor pertama, adanya **kerjasama antara pemerintah pusat dan daerah**. Paragraf Nomor 45 dalam dokumen SDGs menyatakan bahwa negara-negara anggota PBB yang mengadopsi dokumen SDGs “akan bekerja sama erat dengan otoritas regional dan pemerintah daerah” (“*work closely on implementation with regional and local authorities*”). Hal ini merupakan penanda yang sangat jelas tentang peranan penting pemerintah kota dan kabupaten dalam mewujudkan SDGs di seluruh dunia⁶.

Kerjasama seluruh pemangku kepentingan di tingkat pusat dan daerah ini tercermin melalui program dan kebijakan afirmasi pemerintah pusat di bidang kesehatan yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan dan KB, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dana Dekonsentrasi, dan dana Otonomi Khusus (Otsus) serta keharusan bagi pemerintah daerah untuk mengalokasikan minimal 10 persen APBD untuk kesehatan, sesuai dengan mandat Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Namun demikian persentase anggaran kesehatan pemerintah daerah menurut provinsi terhadap total APBD di 34 provinsi di Indonesia, masih belum sepenuhnya

memenuhi ketentuan ini.

Anggaran kesehatan terhadap APBD menurut Provinsi di Indonesia Tahun 2014⁷, dari 33 provinsi, hanya 13 provinsi yang telah mengalokasikan anggaran kesehatan di atas 10 persen yaitu DKI Jakarta, Banten, Kalimantan Selatan, Jawa Timur, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Barat, Kep. Bangka Belitung, Gorontalo, Bali, Aceh, Sumatera Barat, Sulawesi Selatan, dan Bengkulu.

Komitmen atas penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), juga menjadi faktor kedua pendorong peningkatan kualitas kesehatan. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan yang telah diatur oleh Menteri Kesehatan, serta berlakunya UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang baru ini telah memberikan peran yang cukup kuat bagi provinsi untuk mengendalikan daerah-daerah kabupaten dan kota di wilayahnya. Pengawasan pelaksanaan SPM bidang Kesehatan dapat diserahkan sepenuhnya kepada provinsi oleh Kementerian Kesehatan, karena provinsi telah diberi kewenangan untuk memberikan sanksi bagi Kabupaten/Kota berkaitan dengan pelaksanaan SPM⁸.

Faktor ketiga, **perbaikan masalah gizi** perlu menjadi perhatian dalam peningkatan kualitas kesehatan. Dalam mengatasi masalah gizi di Indonesia yang semakin kompleks, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi melalui pembentukan Gugus Tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, yang bertanggungjawab kepada Presiden. Dalam kaitan ini, pemerintah daerah melaksanakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi di daerah masing-masing dengan mengacu pada rencana dan program kerja yang disusun oleh Gugus Tugas.

6) Infid. 2015. *Panduan SDGs Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah*

7) *Profil Kesehatan Indonesia 2014, Kementerian Kesehatan RI*

8) *Renstra Kementerian Kesehatan RI 2015-2019*

Keempat, **peran serta rumah tangga dalam program keluarga sehat**. Peningkatan alokasi Dana Desa hingga mencapai 10 persen dari dan di luar dana perimbangan sesuai mandat UU nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, menjadi faktor pengungkit bagi tercapainya program keluarga sehat melalui upaya pemberdayaan masyarakat desa. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) akan lebih mungkin diupayakan di tingkat rumah tangga di desa.

Faktor terakhir yang juga tak kalah penting adalah **adanya sistem informasi kesehatan**. Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (SIK). PP ini mensyaratkan agar data kesehatan terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SIK sesuai dengan kewenangan masing-masing. Tujuannya untuk menjamin ketersediaan, kualitas, dan akses terhadap Informasi Kesehatan yang bernilai pengetahuan serta dapat dipertanggungjawabkan; memberdayakan peran serta masyarakat, termasuk organisasi profesi terutama melalui penguatan kerja sama, koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

Rekomendasi

Upaya yang perlu dilakukan untuk percepatan pencapaian MDGs secara spesifik adalah dengan segera melakukan penurunan AKN, karena AKN menyumbang proporsi yang

tinggi terhadap Angka Kematian Bayi dan Anak. Selain itu upaya penjaminan akses terhadap pelayanan PONEC dan PONEK 24/7 yang berkualitas perlu dilakukan terus menerus karena proses kelahiran sangat berpengaruh terhadap kematian neonatal.

Upaya menurunkan angka kematian ibu dilakukan dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) tahun 2011 menunjukkan bahwa ketersediaan alat dan obat di Puskesmas dan Puskesmas PONEC masih belum baik dan perlu dilakukan evaluasi serta mendapatkan perhatian yang besar. Terlebih lagi persentasi Puskesmas PONEC untuk kawasan timur Indonesia masih di bawah 10 persen.

Daftar Pustaka

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI. 2012. *Laporan Akhir Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)* Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2015. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2014*
- Dr. H Mohamad Subuh, Mppm. *Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Sehat*, Kementerian Kesehatan RI.
- Infid. 2015. *Panduan SDGs Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah*
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan

Mendorong Sektor Pariwisata Melalui Penguatan Pemasaran Pariwisata

Jesly Panjaitan¹⁾

Abstrak

Anggaran promosi pariwisata tahun 2015 naik dari Rp300 miliar menjadi Rp1 triliun. Proporsi anggaran promosi sebesar 50 persen dari total realisasi anggaran Kementerian Pariwisata (Kemenpar). Pertumbuhan anggaran promosi naik 201 persen dari tahun lalu, namun pertumbuhan jumlah wisman hanya meningkat 9,7 persen dan devisa hanya 6,6 persen. Strategi pemasaran pariwisata yang dilakukan Kemenpar perlu dievaluasi.

Pengembangan sektor pariwisata harus digarap secara serius, terarah, dan profesional agar pengembangan dan pemanfaatan aset-aset pariwisata dapat memberi kontribusi signifikan bagi perekonomian nasional. Gencarnya promosi “Wonderful Indonesia” merupakan salah satu promosi pariwisata Indonesia yang sedang digenjot pemerintah untuk menggapai target wisatawan mancanegara (wisman) sebanyak 20 juta orang di tahun 2019. Selain itu, pemerintah telah menetapkan 10 program destinasi wisata prioritas, antara lain: Borobudur-Jawa Tengah, Mandalika-NTB, Labuhan Bajo-NTT, Bromo Tengger Semeru-Jawa Timur, Kepulauan Seribu-Jakarta, Toba-Sumut, Wakatobi-Sultra, Tanjung Lesung-Banten, Morotai-Maluku Utara, dan Tanjung Kelayan-Belitung. Pemerintah juga mempermudah proses perizinan sandar bagi kapal wisata asing dan membebaskan visa kunjungan bagi 169 negara asing menurut Peraturan Presiden Nomor 21 Tahun 2016 tentang Bebas Visa Kunjungan.

Upaya yang telah dilakukan pemerintah selama ini memberikan dampak positif terhadap perekonomian. Secara makro, kontribusi pariwisata terhadap PDB meningkat sebesar 4,23 persen atau senilai Rp461,36 triliun di tahun 2015. Peningkatan devisa mencapai US\$11,9 miliar dari tahun 2014 sebesar US\$11,17 miliar. Penyerapan tenaga kerja pariwisata sebanyak 12,16 juta orang. Di sisi lain, penilaian

World Economic Forum (WEF) posisi Indonesia meningkat signifikan dari ranking 70 menjadi ranking 50 di tahun 2015. Secara mikro, pencapaian jumlah wisman sebanyak 10,4 juta wisman, mampu melampaui dari target yang ditentukan 10 juta orang wisman di tahun 2015. Rata-rata pengeluaran per kunjungan dari US\$1.183,43 di tahun 2014 menjadi US\$1.190 di tahun 2015.

Pertumbuhan kunjungan wisatawan mancanegara ke Indonesia sangat didukung oleh berbagai upaya yang telah dilakukan oleh Kementerian Pariwisata melalui kerangka strategi Pemasaran yaitu melihat DOT (*Destination, Origin, Time*) melalui BAS (*Branding – Advertising – Selling*) melalui berbagai jalur media (POS = *Paid media, Owned media, Social media*)²⁾.

Anggaran promosi pariwisata melalui Kementerian Pariwisata terus meningkat dari semula Rp330 miliar di 2014 menjadi Rp1 triliun atau sebesar 50 persen dari total realisasi anggaran 2015 yang sebesar Rp2,1 triliun. Kenaikan biaya promosi ini merupakan salah satu upaya pemerintah guna mengembangkan strategi promosi yang lebih agresif.

Permasalahan Sektor Pariwisata

Upaya pembangunan sektor pariwisata, tidak dapat dipungkiri masih dihadapkan pada sejumlah permasalahan yang menuntut langkah perbaikan untuk mengatasinya. Permasalahan yang terjadi terkait pemasaran pariwisata Indonesia antara lain: pertama, strategi pemasaran

1) *Analisis APBN, Pusat Kajian Anggaran, Badan Keahlian Dewan DPR RI. e-mail: jesok007@gmail.com*

2) *Sambutan Menteri Pariwisata RI pada peringatan World Tourism Day dan Hari Kepariwisata Nasional, 23 September 2015.*

Gambar 1. Jumlah Wisatawan Mancanegara dan Penerimaan Devisa Indonesia 2014

Kawasan	Alokasi Anggaran	Jumlah Wisman 2014	Share Jumlah Wisman
EMEA	20%	1,584,614	17%
ASEAN	50%	3,751,074	40%
non-ASEAN	30%	4,099,723	43%
Total	100%	9,435,411	100%

Kawasan	Alokasi Anggaran	Devisa	Share Devisa
EMEA	20%	2,298	21%
ASEAN	50%	2,558	23%
non-ASEAN	30%	5,174	46%
Neg. Lainnya		1,136	10%
Total		11,165	100%

Sumber: BPS, 2015, data diolah.

pariwisata Indonesia belum efektif. Promosi pariwisata tahun 2015, dibagi ke dalam 3 pasar, antara lain: ASEAN, Asia Pasifik (Non ASEAN) dan Eropa, Timur Tengah, dan Afrika (EMEA)³. Alokasi anggaran promosi Kementerian Pariwisata untuk ASEAN memiliki porsi dominan sebesar 50 persen, non Asean (Asia Pacific) 30 persen dan EMEA 20 persen.

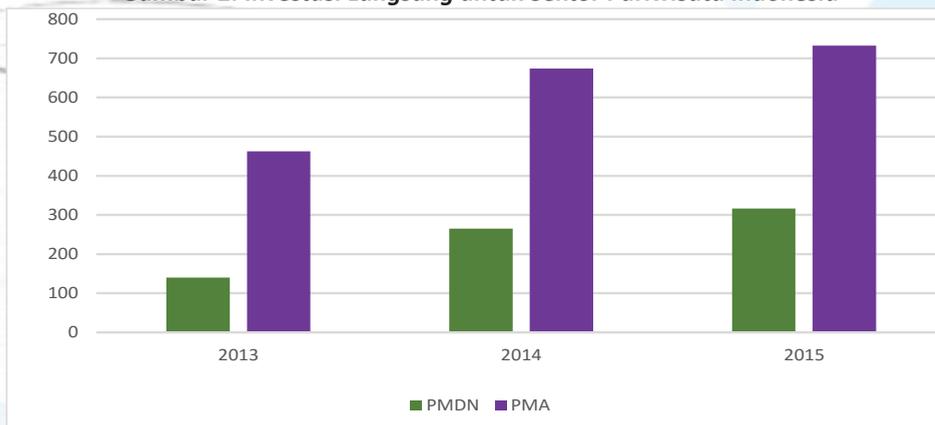
Jika dilihat dari gambar 1, *share* jumlah wisman lebih dominan non ASEAN sebesar 43 persen daripada ASEAN 40 persen dan EMEA 17 persen. Sementara itu, *share* devisa lebih dominan non ASEAN (Asia Pasifik) sebesar 46 persen daripada ASEAN 23 persen dan EMEA 21 persen.

Strategi yang dipakai hendaknya mempertimbangkan *share* penerimaan devisa dan *share* jumlah wisman. Agar diperbesar

porsi anggaran untuk non-ASEAN dikarenakan jumlah wisman dari non-ASEAN lebih banyak. Alokasi anggaran promosi untuk EMEA juga perlu ditambah, karena walaupun lebih sedikit jumlah wisman daripada ASEAN namun penerimaan devisa dari EMEA hampir sama dengan ASEAN. Strategi alokasi anggaran pemasaran perlu dievaluasi kembali.

Permasalahan kedua adalah investasi sektor pariwisata yang belum optimal. Pencitraan pariwisata yang belum optimal ditunjukkan kurangnya minat investor menanam modalnya langsung di Indonesia. Kontribusi sektor pariwisata terhadap total investasi nasional di tahun 2015 adalah sebesar 2,4 persen, dibandingkan dengan target sebesar 3,6 persen, sehingga nilai capaiannya hanya 67 persen. Peningkatan investasi tidak signifikan, hanya bertumbuh 8,69 persen di tahun 2015, dibandingkan dengan

Gambar 2. Investasi Langsung untuk Sektor Pariwisata Indonesia



Sumber: Kementerian Pariwisata, data diolah.

3) Anggaran Promosi Kementerian Pariwisata Capai Rp 1 Triliun, <http://www.beritasatu.com/nasional/246425-anggaran-promosi-kementerian-pariwisata-capai-rp-1-triliun.html>, diakses tanggal 7 Desember 2015

pertumbuhan 2014 sebesar 45,7 persen.

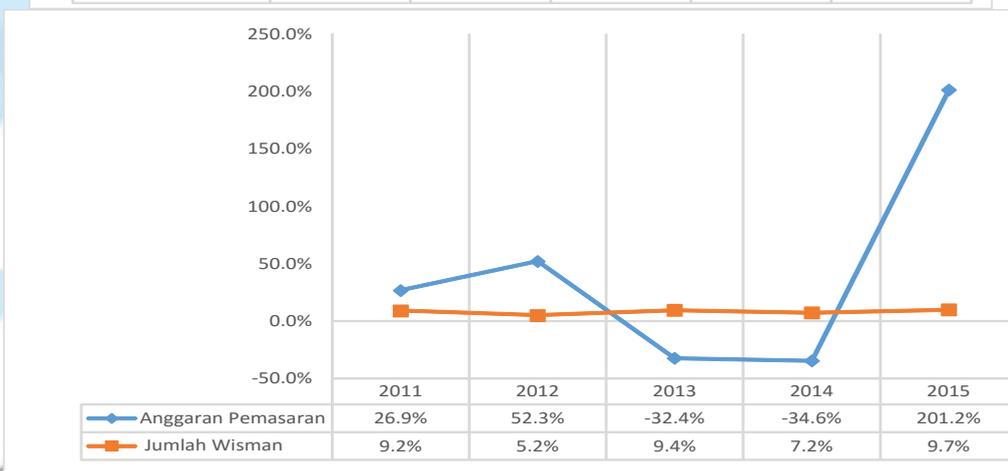
Ketiga, anggaran pemasaran yang besar namun pertumbuhan wisman dan devisa tidak signifikan. Upaya membangun pencitraan Indonesia melalui *Wonderful Indonesia* masih kurang berdampak besar, padahal anggaran promosi tahun 2015 meningkat signifikan mencapai Rp 1 triliun, dibandingkan tahun 2014 hanya sekitar Rp300 miliar. Namun, hal ini tidak diiringi dengan peningkatan jumlah wisman yang signifikan. Pertumbuhan jumlah wisman hanya 9,7 persen dibandingkan pertumbuhan anggaran pemasaran yang naik 201,2 persen.

Selain dari peningkatan jumlah kunjungan wisman, efektivitas pemasaran pariwisata Indonesia

juga dapat dilihat dari pemasukan devisa dari sektor pariwisata. Jumlah wisman bertumbuh 9,7 persen, namun pemasukan devisa hanya bertumbuh 6,6 persen, rata-rata pengeluaran per kunjungan dari US\$1.183,43 di tahun 2014 menjadi US\$1.190 di tahun 2015. Hal ini menunjukkan secara kuantitas jumlah wisman meningkat, namun secara kualitas jumlah pengeluaran wisman atau pemasukan devisa bagi negara masih kurang optimal.

Keempat adalah adanya kegiatan promosi yang masih berjalan parsial. *Event* yang berskala nasional dan internasional masih terbatas. Belum semua program-program dibuat secara terpadu antara pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat dalam mengemas program yang kreatif dan inovatif, termasuk keterpaduan

Gambar 3. Pertumbuhan Jumlah Wisman, Anggaran Pemasaran, dan Devisa Sektor Pariwisata



Sumber: Kementerian Pariwisata, LKPP 2010-2014, data diolah

4) LAKIP 2014 (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Direktorat Jenderal Pemasaran Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif

media promosi. Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi belum optimal dimanfaatkan dalam mempromosikan destinasi pariwisata Indonesia⁴.

Kelima, terdapat beberapa faktor di luar sektor pariwisata yang mempengaruhi efektivitas pemasaran pariwisata, diantaranya: (1) Bencana alam dan kondisi politik sosial budaya. Hal ini dapat menghambat efektivitas program pemasaran pariwisata; (2) posisi Indonesia menjadi ranking 50 di WEF di tahun 2015 memang dapat dibanggakan, namun ada yang perlu dibenahi menurut WEF, antara lain: kelestarian lingkungan hidup, terkait deforestasi, spesies yang hampir punah dan penanggulangan air limbah, kesehatan dan higienitas, terkait dengan sanitasi dan air bersih, Keselamatan dan keamanan, terkait terorisme; dan (3) kesiapan masyarakat di sekitar destinasi pariwisata belum optimal. Hal ini akan berakibat pada kurang terawatnya destinasi wisata, kurang profesionalnya pengelolaan destinasi wisata dan eksploitasi berlebihan dari destinasi wisata.

Rekomendasi

Anggaran promosi pariwisata melalui Kementerian Pariwisata meningkat 201,2 persen Namun, jumlah wisman hanya bertumbuh 9,7 persen. pertumbuhan devisa hanya 6,6 persen di 2015. Anggaran sangat besar tetapi kurang dimanfaatkan dengan bijak.

Strategi pemasaran pariwisata perlu dikaji ulang. Alokasi anggaran promosi ASEAN 50 persen, non ASEAN (Asia Pasifik) 30 persen dan EMEA 20 persen kurang berdampak dalam menggenjot pariwisata. Berdasarkan share jumlah wisman dan share devisa, non ASEAN butuh lebih banyak anggaran daripada ASEAN. EMEA juga perlu ditambah karena penerimaan devisa dari EMEA lebih baik dari ASEAN. Promosi sangat penting karena dapat meningkatkan *product awareness* dari pariwisata Indonesia secara utuh.

Upaya untuk mengembangkan

pemasaran pariwisata lebih efektif, dapat dilakukan dengan (1) meningkatkan citra pariwisata Indonesia dengan mengoptimalkan kemajuan Teknologi Informasi dan Komunikasi untuk promosi lebih baik; (2) memperkuat kemitraan dengan kementerian/kelembagaan lain dan pemerintah daerah sehingga tercipta program dan kualitas strategi promosi pariwisata yang tepat sasaran, komprehensif dan terpadu; dan (3) memberikan edukasi kepada masyarakat sekitar destinasi pariwisata sehingga lebih mendukung program pariwisata Indonesia, melalui pelatihan cinderamata, pendidikan bahasa, dll. Sektor pariwisata dapat diandalkan untuk menjadi salah satu pilar utama pembangunan ekonomi nasional kedepan. Oleh karena itu, pengembangan sektor pariwisata harus digarap secara serius, terarah, dan profesional agar pengembangan dan pemanfaatan aset-aset pariwisata dapat memberi kontribusi signifikan bagi perekonomian nasional.

Daftar Pustaka

Direktorat Jenderal Pemasaran Kementerian Pariwisata Dan Ekonomi Kreatif. (2015). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pemasaran Kementerian Pariwisata Dan Ekonomi Kreatif Tahun 2014*

Direktorat Jenderal Pemasaran Kementerian Pariwisata Dan Ekonomi Kreatif. (2016). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pemasaran Kementerian Pariwisata Dan Ekonomi Kreatif Tahun 2015*

BPK. *Laporan Hasil Pemeriksaan BPK RI Atas Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) Tahun 2010-2015*

Fitriani Eva. (23 September 2015). *Berita Satu*. Diakses dari <http://www.kemenpar.go.id/asp/detil.asp?c=125&id=2975> (15 Juli 2016)

Sambutan Menteri Pariwisata RI pada peringatan World Tourism Day dan Hari Kepariwisata Nasional. (23 September 2015). Diakses dari <http://www.kemenpar.go.id/asp/detil>.



Buletin APBN
Pusat Kajian Anggaran
Badan Keahlian DPR RI
www.puskajianggaran.dpr.go.id
Telp. 021-5715635/5715528, Fax. 021-5715528
e-mail puskaji.anggaran@dpr.go.id



9 772502 868006