

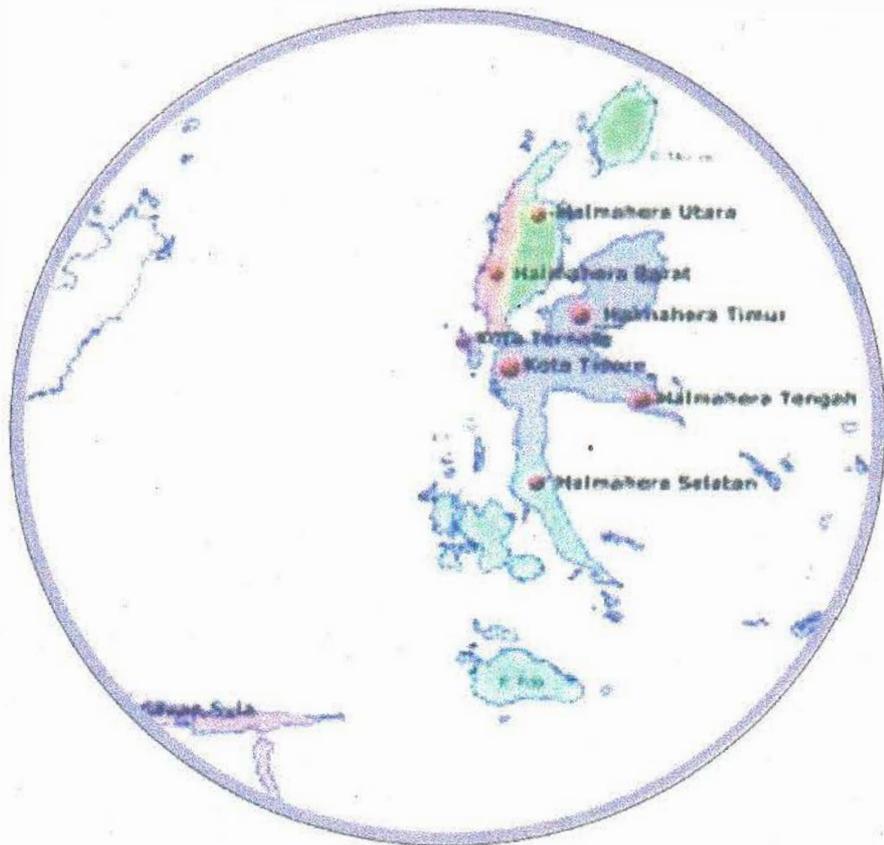
**PS4**

**61**

Surabaya



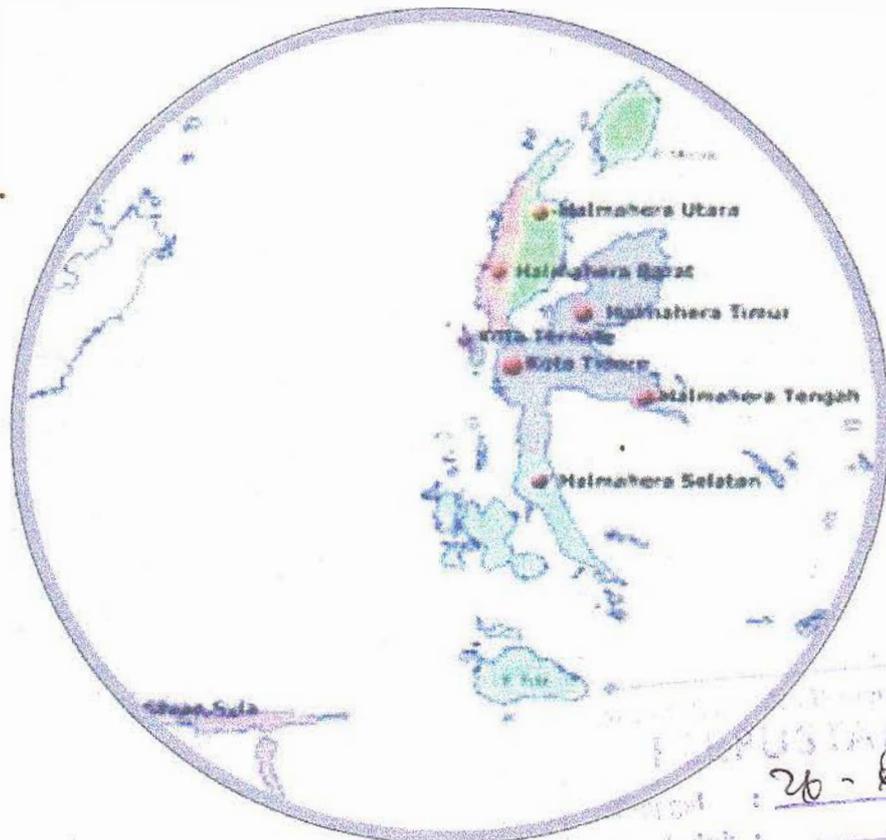
**LAPORAN**  
**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN**  
**KABUPATEN HALMAHERA TIMUR**  
**PROPINSI MALUKU UTARA**



**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN**  
**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**  
**BADAN LITBANG KESEHATAN**  
**2012**



**LAPORAN**  
**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN**  
**KABUPATEN HALMAHERA TIMUR**  
**PROPINSI MALUKU UTARA**



STAMP: PUSAT HUMANIORA  
Date: 20-6-2013  
No. Absen: 184  
No. Kelas: 61

**PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN**  
**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**  
**BADAN LITBANG KESEHATAN**  
**2012**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayahNya, akhirnya penyusunan laporan hasil studi “Pembiayaan Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan” ini dapat diselesaikan.

Tujuan dari studi ini adalah untuk mendapatkan gambaran peta pembiayaan kesehatan di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011, termasuk permasalahan-permasalahannya dan saran-saran dari lapangan yang kiranya dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk perbaikan perencanaan dan penganggaran yang selanjutnya untuk meningkatkan kinerja program di daerah bermasalah kesehatan.

Dengan keterbatasan yang ada, kami yakin tim peneliti telah berusaha menyelesaikan studi ini dengan semaksimal mungkin, namun tidak berarti hasil yang dicapai telah sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh tim peneliti, pembimbing dan pengarah studi ini, karena hasil ini tidak terlepas dari kerja keras seluruh tim.

Kami berharap, semoga hasil studi ini dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan, terutama bagi dinas kesehatan dan penentu kebijakan sehingga mampu memperbaiki perencanaan dan penganggaran yang berdampak pada peningkatan kinerja program kesehatan .

Jakarta, 27 November 2012

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Kepala,



Dr.dr. Trihono, M.Sc

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Kementerian Kesehatan bersama Badan Litbang Kesehatan pada tahun 2010 berupaya keras melakukan kegiatan pendampingan terhadap kabupaten/kota yang bermasalah bidang kesehatan (DBK) yaitu kabupaten/kota yang memiliki IPKM diantara rerata sampai dengan minus satu (-1) simpang baku dan mempunyai nilai kemiskinan (pendataan status ekonomi/PSE) di atas rerata. Salah satu kabupaten tersebut adalah Halmahera Timur.

Rendahnya nilai IPKM diduga akibat dari kurang efektif dan efisiennya anggaran kesehatan. Berbagai permasalahan tersebut dapat terdeteksi dan diketahui melalui pelaksanaan District Health Account (DHA) di tingkat kabupaten/kota.

Tujuan dilaksanakan penelitian ini adalah diperolehnya peta pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber di daerah bermasalah kesehatan.

Penelitian ini merupakan penelitian riset operasional dengan rancangan penelitian Cross Sectional, merupakan penelitian non intervensi. Lokasi penelitian di Kabupaten Halmahera Timur.

Hasil penelitian adalah sebagian besar belanja kesehatan bersumber dari pemerintah (APBD), dikelola oleh pemerintah (dinkes kabupaten), dilaksanakan oleh pemerintah (dinkes kabupaten dan puskesmas). Kabupaten Halmahera Timur sudah memiliki anggaran yang cukup untuk melakukan kegiatan di bidang kesehatan berdasarkan standard WHO.

Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur serta alat non-medis, untuk kegiatan program kesehatan individual. Biaya operasional di Kabupaten Halmahera Timur di bidang kesehatan sudah cukup tinggi tapi masih banyak dimanfaatkan untuk kegiatan kuratif. Program-program esensial yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya program terkait MDGs masih belum mendapatkan anggaran yang cukup.

Belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur sebagian besar dimanfaatkan untuk melaksanakan kegiatan di tingkat kabupaten. Penerima manfaat belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur sebagian besar adalah kelompok semua umur di semua masyarakat.

Penyakit Malaria adalah penyakit harus diberantas oleh pemerintah daerah. Kegiatan pemberantasan dan pencegahan penyebaran penyakit malaria ini sumber pembiayaannya berasal dari pemerintah (donor/hibah). Dana tersebut dikelola oleh dinas kesehatan dan yang menjadi pelaksana programnya adalah dinas kesehatan. Jenis kegiatan pemberantasan dan pencegahan penyebaran Malaria lebih banyak berupa manajerial dan koordinasi serta kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit. Sebagian besar dana tersebut dimanfaatkan untuk membiayai gaji, perjalanan dan akomodasi. Kegiatan tersebut sebagian besar dilaksanakan di tingkat kabupaten dan dimanfaatkan untuk kelompok semua umur.

## **SUSUNAN TIM PENELITI**

### **PENGARAH**

Dr. dr. Trihono, MSc

Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr. PH

Dr. Soewarta Kosen, MPH, Dr. PH

### **PENANGGUNG JAWAB**

Drg. Agus Suprpto, M.Kes

### **KETUA PELAKSANA**

Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes

### **ANGGOTA TIM PENELITI**

Rofingatul Mubasyiroh, SKM

Turniani Laksmiarti, SE, MM

Galih Arianto, SE

dr. Wahyu Dwi Astuti, SpPK, M.Kes

Wening Widjajanti, SKM

Indah Pawita, SKM

Djazuly Chalidyanto, SKM, M.Kes

Dra. Sri Nurwati, MSi

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar.....	ii
Ringkasan Eksekutif.....	iii
Daftar Isi .....	iv
Daftar Tabel .....	vi
Daftar Gambar .....	viii
Bab I Pendahuluan .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan Penelitian .....	5
Bab II Tinjauan Pustaka .....	7
2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat .....	7
2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan .....	7
2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan .....	8
2.4. Kapasitas Fiskal .....	9
2.5. Masalah Sistem Pencatatan Pembiayaan Kesehatan .....	11
2.6. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai Bagian dari Sistem Kesehatan Nasional .....	13
2.7. Masalah Pembiayaan Kesehatan Daerah .....	13
2.8. Health Account .....	16
2.9. District Health Account (DHA) .....	16
2.10. Proses Pelaksanaan DHA .....	19
Bab III Kerangka Konsep dan Definisi Operasional .....	20
3.1. Kerangka Konsep .....	20
3.2. Definisi Operasional .....	21
Bab IV Metodologi Penelitian .....	23
4.1. Disain Penelitian .....	23
4.2. Jenis Penelitian .....	23
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian .....	23
4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi .....	24

4.5.	Variabel Penelitian .....	24
4.6.	Instrumen dan Cara Pengumpulan Data .....	25
4.7.	Tahapan Penelitian .....	25
4.8.	Manajemen Data .....	25
Bab V Hasil Penelitian dan Pembahasan .....		27
5.1.	Gambaran Umum Kabupaten Halmahera Timur .....	27
5.1.1.	Letak Demografis Kabupaten Halmahera Timur .....	27
5.1.2.	Distribusi Penduduk Menurut Umur .....	28
5.1.3.	Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	28
5.1.4.	Banyaknya Penderita Penyakit menurut Jenis Penyakit Kabupaten Halmahera Timur .....	29
5.2.	Gambaran Peta Pembiayaan Kabupaten Halmahera Timur .....	30
5.2.1.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	30
5.2.2.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	31
5.2.3.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur .....	33
5.2.4.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	34
5.2.5.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	36
5.2.6.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Halmahera Timur .....	38
5.2.7.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	46
5.2.8.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur .....	47
5.2.9.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Program/Masalah Kesehatan Spesifik di Kabupaten Halmahera Timur .....	48
5.2.10.	Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja .....	53
Bab VI Kesimpulan dan Rekomendasi .....		55
6.1.	Kesimpulan .....	55
6.2.	Rekomendasi .....	56

## Bab VII Kepustakaan

### LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan .....	23
Tabel 4.2. Sumber Informasi dan Data Penelitian .....	24
Tabel 5.1. Distribusi Penduduk Menurut Umur Kabupaten Halmahera Timur .....	28
Tabel 5.2. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	29
Tabel 5.3. Banyaknya Penderita Penyakit menurut Jenis Penyakit Kabupaten Halmahera Timur .....	29
Tabel 5.4. Belanja Kesehatan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	30
Tabel 5.5. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	32
Tabel 5.6. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur .....	33
Tabel 5.7. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	34
Tabel 5.8. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	36
Tabel 5.9. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Halmahera Timur .....	39
Tabel 5.10. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	46
Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur .....	47
Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	49
Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	50
Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur .....	50
Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	51

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur .....	52
Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur .....	53
Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur .....	53
Tabel 5.19. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja Kabupaten Halmahera Timur .....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian .....	20
Gambar 5.1. Peta Kabupaten Halmahera Timur .....	27
Gambar 5.2. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran .....	37

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. LATAR BELAKANG

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, Survei Sosial Ekonomi (Susenas) 2007 dan Survei Potensi Desa (Podes) tahun 2008 melahirkan indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. IPKM dibentuk dari 24 indikator kesehatan. Salah satu kegunaan IPKM adalah diperolehnya gambaran indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten/kota, sehingga bisa dirumuskan program intervensi yang lebih tepat. Nilai IPKM diantaranya bisa menggambarkan baik buruk dan kompleks tidaknya masalah kesehatan di suatu kabupaten/kota. Misalnya IPKM rendah artinya makin buruk dan makin kompleks masalah kesehatannya, karena banyak indikator kesehatan yang tertinggal.

Hasil analisis data IPKM diantaranya menghasilkan rumusan Daerah Bermasalah Kesehatan. Kajian IPKM menunjukkan bahwa dari 75 kabupaten dengan masalah kesehatan berat ( $IPKM < 0,337$ ) dan ternyata 64 kabupaten (85,3%) termasuk daerah tertinggal.

Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 mencanangkan Program Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kabupaten yang masuk dalam kategori daerah bermasalah kesehatan adalah kabupaten/kota yang memiliki IPKM diantara rerata sampai dengan minus satu (-1) simpang baku dan mempunyai nilai kemiskinan (pendataan status ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kota). Untuk tahap awal pendampingan DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) propinsi yang memiliki lebih dari 50% kabupaten/kota dengan kriteria DBK yaitu Aceh, NTB, NIT, Sulteng, Sultra, Gorontalo, Sulbar, Maluku, Papua Barat dan Papua (dua propinsi terakhir penanganannya di bawah koordinasi Bappenas).

Pendampingan dimaksud bertujuan untuk meningkatkan nilai IPKM di daerah bermasalah kesehatan dalam kurun waktu yang telah disepakati, setidaknya diharapkan ada peningkatan yang bermakna atas derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan dengan kesenjangan antar daerah yang semakin kecil, dengan metode memberikan motivasi kabupaten/kota untuk lebih sensitif terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

IPKM menggambarkan indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten. Rendahnya nilai IPKM di suatu kabupaten diduga antara lain akibat dari kurang efektif dan efisien dalam anggaran kesehatan, misalnya kecenderungan anggaran daerah digunakan untuk belanja fisik, kurang untuk biaya operasional, kecenderungan daerah untuk membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, realisasi anggaran pemerintah yang terlambat dan lain sebagainya. Berbagai permasalahan tersebut dapat terdeteksi dan diketahui melalui pelaksanaan District Health Account (DHA) di tingkat kabupaten/kota.

WHO dan lembaga dunia lain (World Bank, UNDP, dll) menyarankan agar negara-negara di dunia melakukan pencatatan dan analisis situasi pembiayaan kesehatan (National Health Account) dengan tujuan untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektifitas pembiayaan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Selain itu hasil pencatatan tersebut dapat dibandingkan antar negara. Melalui pendekatan ini dapat diketahui bagaimana mobilisasi dana dari sumber pembiayaan ke penyedia atau pemberi layanan kesehatan dan fungsinya.

Sampai saat ini pemanfaatan dana menjadi masalah di sebagian besar kabupaten/kota di Indonesia, padahal hampir semua daerah di Indonesia menetapkan kesehatan sebagai salah satu program prioritas. Pemberlakuan otonomi daerah memberikan peluang kepada daerah untuk menyusun perencanaan dan pengalokasian anggaran di lingkungan pemerintah daerah masing-masing. Peran dan komitmen policymakers sebagai pengambil kebijakan sangat besar dalam menentukan arah pembangunan dan pengalokasian anggaran bersumber dari pemerintah (Nyoman Sumaryadi, 2005).

IPKM dibangun dari beberapa indikator diantaranya indikator kinerja program kesehatan. Sehingga untuk meningkatkan nilai IPKM suatu daerah, hal yang harus dipikirkan adalah bagaimana menjamin program kesehatan di daerah tersebut berjalan secara efektif dan efisien. Selama ini disinyalir ada beberapa masalah

pembiayaan kesehatan di daerah baik di kabupaten atau di kota yang mengakibatkan tidak efektifnya program kesehatan yaitu: jumlah anggaran kesehatan terlalu kecil dibandingkan dengan kebutuhan, sumber pembiayaan tidak terintegrasi atau masih terpisah-pisah sehingga pemanfaatan biaya menjadi tidak efisien, anggaran kesehatan lebih banyak digunakan untuk kegiatan tidak langsung (pelatihan, belanja barang modal dll) sehingga kegiatan langsung terkait dengan program menjadi kecil (pelayanan dan intervensi), alokasi anggaran tidak sesuai dengan program prioritas dan realisasi anggaran sering telat turun sehingga pelaksanaan kegiatan program dilaksanakan dengan terburu-buru dengan mutu yang kurang optimal (Ascobat Gani, 2009).

Idealnya untuk meningkatkan IPKM pada daerah bermasalah kesehatan harus ditunjang dengan data yang mendukung, Salah satunya adalah data pembiayaan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan. Realitanya pada saat ini sebagian besar daerah di Indonesia belum memiliki data atau peta pembiayaan kesehatan. Selama ini penyediaan informasi data pembiayaan di daerah dilakukan secara insidental hanya beberapa daerah saja (Laoda Ahmad Dkk 2006).

Informasi alokasi, realisasi dan kebutuhan anggaran kesehatan sebagai indikator pembiayaan kesehatan pada daerah bermasalah kesehatan dirasakan sangat perlu diketahui dan ditelusuri dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan yang bertujuan meningkatkan IPKM di daerah tersebut. Informasi alokasi dan realisasi anggaran kesehatan bisa diperoleh dengan kegiatan DHA.

Diharapkan dengan adanya informasi biaya tersebut bisa dibuat rumusan atau simulasi pengelolaan anggaran yang baik dan efisien pada daerah bermasalah kesehatan sehingga kedepan pelaksanaan program bisa berjalan dengan efisien, tepat waktu, efektif, optimal, bermutu dan berdasarkan skala prioritas dan bermuara pada meningkatnya IPKM di daerah bermasalah kesehatan tersebut.

Dari uraian/fakta di atas dan dalam rangka kegiatan pendampingan pada daerah bermasalah kesehatan, di perlukan informasi pembiayaan kesehatan daerah sebagai pintu untuk meningkatkan IPKM di daerah bermasalah kesehatan.

### **1.1.1. Permasalahan Penelitian**

Dari uraian tersebut di atas, maka permasalahan yang perlu dianalisis dalam meningkatkan IPKM adalah:

- Belum tersedianya informasi biaya kesehatan yang akurat dan berkesinambungan dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan.
- Perencanaan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota belum terencana secara spesifik.
- Pemanfaatan/pembiayaan dan alokasi penganggaran belum efektif.
- Belum adanya integrasi pembiayaan kesehatan antara pemerintah dan non-pemerintah.

### **1.1.2. Topik Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian pembiayaan bidang kesehatan secara keseluruhan di daerah, baik yang bersumber dari daerah berupa APBD/DAU propinsi, Kabupaten/kota, bersumber dari pemerintah pusat (APBN, DAK), Bantuan luar negeri (PHLN), dan lain-lain yang berada di sektor-sektor lain.

### **1.1.3. Pertanyaan Penelitian**

Dari uraian di atas, maka pertanyaan penelitian adalah:

- 1) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di Kabupaten Halmahera Timur tahun 2011?
- 2) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non-pemerintah/swasta di Kabupaten Halmahera Timur tahun 2011?
- 3) Bagaimana proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (*Out Of Pocket*) dari hasil SUSENAS tahun 2010 di Kabupaten Halmahera Timur?
- 4) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten Halmahera Timur?
- 5) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Halmahera Timur?
- 6) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur?
- 7) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di DBK?

- 8) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupaten Halmahera Timur?
- 9) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Halmahera Timur?
- 10) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur?
- 11) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Halmahera Timur?

#### **1.1.4. Manfaat Penelitian**

- 1) Untuk Pemerintah Daerah: membantu daerah untuk mengetahui jumlah anggaran kesehatan kabupaten/kota
- 2) Untuk Sektor Kesehatan: memberikan masukan kepada Kemenkes dan pengambil kebijakan lainnya tentang pembiayaan sektor kesehatan
- 3) Untuk Institusi Penelitian: mengembangkan penelitian dalam hal ini DHA yang bersifat *Client Oriented Research Activities (CORA)*

## **1.2. TUJUAN PENELITIAN**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Diperolehnya peta pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber di daerah bermasalah kesehatan dalam rangka mendukung program Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) sebagai salah satu upaya awal meningkatkan peringkat IPKM.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan identifikasi /pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011.
- 2) Melakukan identifikasi/pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non-pemerintah/swasta di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011.
- 3) Melakukan analisis proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (*Out of Pocket*) dari hasil SUSENAS tahun 2010
- 4) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten Halmahera Timur
- 5) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

- 6) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur
- 7) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di Kabupaten Halmahera Timur
- 8) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupaten Halmahera Timur
- 9) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Halmahera Timur
- 10) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur
- 11) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Halmahera Timur

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:

- a. Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
- b. Susenas (Survei Ekonomi Nasional)
- c. Survei Podes (Potensi Desa)

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ketiga survei tersebut.

Dengan indikator tersebut, maka setiap kabupaten/kota memiliki nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dimana nilai 0 (nol) adalah Nilai Terburuk, dan nilai 1 (satu) adalah Nilai Terbaik. Berdasarkan nilai tersebut maka tersusun Ranking IPKM kabupaten/kota; dengan Rerata Nasional adalah 0,508629 dan simpang baku sebesar 0,092642. IPKM Terendah adalah 0,247059 (Kabupaten Pegunungan Bintang, Propinsi Papua), dan tertinggi adalah 0,708959 (Kota Magelang, Provinsi Jawa Tengah).

#### 2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan

Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM di antara rerata sampai dengan  $-1$  (minus satu) simpang baku, dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota).

Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM lebih rendah dari rerata IPKM  $-1$  (minus satu) simpang baku.

Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai masalah khusus, seperti misalnya yang terkait dengan:

- a. Geografi, yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.
- b. Sosial budaya, yaitu tradisi atau adat kebiasaan yang mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan.
- c. Penyakit tertentu yang spesifik di daerah tersebut, misalnya *Fasciolopsis buski* di Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan, *Schistosomiasis* di sekitar Danau Lindu Provinsi Sulawesi Tengah, dll.

### **2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan**

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) adalah upaya kesehatan terfokus, terintegrasi, berbasis bukti, dilakukan secara bertahap di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam jangka waktu tertentu, sampai mampu mandiri dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintahan di bidang (urusan wajib) kesehatan seluas-luasnya.

*Terfokus* – sesuai upaya kesehatan prioritas Kabinet Indonesia Bersatu – II; *Terintegrasi* - dalam perencanaan, penganggaran, dan penerapan; *Berbasis evidence* - sesuai hasil Riskesdas, Podes, PSE; *Bertahap* - dimulai kabupaten/kota dengan IPKM rendah dan Angka Kemiskinan Tinggi, dimulai dari Propinsi dengan lebih dari 50 % kabupaten/kota sebagai DBK; *Dalam jangka waktu tertentu* – tidak selamanya, sesuai tingkatan bermasalahnya; sesuai azas stewardship, concurrent; *Mampu mandiri* - dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, SDM; *Kewenangan seluas-luasnya* – sesuai azas desentralisasi.

*Tahapan* – untuk tahap awal Pendampingan -DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) Propinsi yang memiliki lebih dari 50 % Kabupaten/Kota dengan Kriteria DBK/DBK-B/DBK-K, yaitu : Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Dua provinsi terakhir inilah yang penanganannya di bawah koordinasi Bappenas); kabupaten memperoleh perhatian lebih dibandingkan dengan kota; dan kabupaten baru hasil pemekaran kabupaten DBK (setelah tahun 2007) memperoleh prioritas yang sama.

## 2.4. Kapasitas Fiskal

Dalam setiap penyelenggaraan negara, pemerintah menetapkan suatu keputusan atau kebijakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas ekonomi, politik, sosial budaya dan pertahanan yang di dalamnya tersirat supaya terwujud kesejahteraan seluruh masyarakat.

Stabilitas dalam bidang ekonomi dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu stabilitas pasar barang dan jasa, stabilitas pasar uang, dan stabilitas pasar luar negeri. Kebijakan fiskal dimana suatu kebijakan yang berkaitan dengan pasar barang dan jasa serta kebijakan moneter yang berkaitan dengan pasar uang. Kebijakan tentang pasar barang dan jasa merupakan kebijakan fiskal dan tentang pasar uang merupakan kebijakan moneter.

Pelaksanaan kebijakan fiskal dan moneter membawa pengaruh terhadap perubahan keseimbangan internal dan eksternal ekonomi suatu negara. Keseimbangan internal atau sering juga disebut dengan keseimbangan domestik adalah suatu keseimbangan di pasar barang dan di pasar uang. Keseimbangan eksternal atau sering disebut dengan keseimbangan luar negeri adalah suatu keseimbangan neraca pembayaran.

Peraturan Menteri Keuangan RI No 244/PMK.07/2011 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah.

Pasal 1, ayat 2:

*“Kapasitas fiskal adalah gambaran, kemampuan keuangan masing-masing daerah yang dicerminkan melalui penerimaan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah (tidak termasuk dana alokasi khusus, dana darurat, dana pinjaman lama, dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu). Untuk membiayai tugas pemerintahan setelah dikurangi belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin”*

Pasal 1, ayat 3:

*Peta kapasitas fiskal daerah yang selanjutnya disebut peta kapasitas fiskal adalah gambaran kapasitas fiskal yang dikelompokkan berdasarkan indeks kapasitas fiskal daerah.*

Pasal 1, ayat 4:

*Anggaran pendapatan dan belanja daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh*

*pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan ditetapkan dengan peraturan daerah.*

Pasal 2, ayat 1:

*“Peta kapasitas fiskal dapat digunakan untuk :*

- a. pengusulan Pemerintah daerah sebagai penerima hibah.*
- b. penilaian atas usulan pinjaman daerah*
- c. penentuan besaran dana pendamping, jika dipersyaratkan dan /atau*
- d. hal lain yang diatur secara khusus dalam ketentuan peraturan perundang-undangan”*

Pasal 2, ayat 2:

*“Peta kapasitas fiskal terdiri dari peta kapasitas fiskal provinsi dan peta kapasitas fiskal kabupaten/kota”.*

Pasal 3:

*“Penyusunan peta kapasitas fiskal dilakukan melalui 2 tahap, yaitu:*

- a. penghitungan kapasitas fiskal daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*
- b. penghitungan indeks kapasitas daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*

Pasal 4, ayat 1

*Penghitungan kapasitas fiskal daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf a didasarkan pada formula sebagai berikut:*

$$(PAD+DBH+DAU+LP)-BP$$

$$KF= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Jumlah penduduk miskin

KF	= kapasitas fiskal
PAD	= Pendapatan asli daerah
DBH	= Dana Bagi Hasil
DAU	= Dana Alokasi Umum
LP	= Lain-lain Pendapatan daerah yang sah
BP	= Belanja pegawai

Pasal 4, ayat 2:

*Jumlah penduduk miskin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 adalah jumlah penduduk miskin berdasarkan data badan pusat statistik tahun 2010.*

Pasal 4, ayat 3 :

*Penghitungan kapasitas fiskal didasarkan pada data realisasi APBD tahun anggaran 2010*

Pasal 4, ayat 4:

*“Penghitungan indeks kapaistas fikal daerah provinsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf B dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah provinsi dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah provinsi”.*

Pasal 4, ayat 5:

*“Penghitungan indeks kapasitas fiskal daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam psal 3 huruf b, dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah kabupaten/kota dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah kabupaten/kota”.*

Pasal 4, ayat 6 :

*“Berdasarkan indeks sebagaimana dimaksud pada ayat 4 dan ayat 5, daerah dikelompokn dalam 4 katagori sebagai berikut;*

- a. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya lebih dari atau sama dengan 2 ( $\text{indeks} > 2$ ) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sangat tinggi.*
- b. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari atau sama dengan 1 sampai kurang dari 2 ( $1 < \text{indeks} < 2$ ) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal tinggi*
- c. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari 0,5 sampai kurang dari 1 ( $0,5 < \text{indeks} < 1$ ) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sedang*
- d. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya kurang dari atau sama dengan 0,5 ( $\text{indeks} < 0,5$ ) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal rendah.*

## **2.5. Masalah Sistem Pencatatan Pembiayaan Kesehatan**

WHO dan lembaga dunia lain (UNDP, *World Bank*, dll) menyarankan agar negara-negara di dunia melakukan pencatatan dan analisis situasi pembiayaan kesehatan (*National Health Account*). Tujuannya adalah untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektifitas pembiayaan kesehatan tersebut dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk.

Selama ini disinyalir ada beberapa masalah dalam system pembiayaan kesehatan kabupaten/kota, yaitu sebagai berikut:

- a) Jumlahnya terlalu kecil, tidak cukup untuk menjamin efektivitas program kesehatan
- b) Berbagai sumber pembiayaan terfragmentasi (tidak terintegrasi), sehingga menyebabkan penggunaan biaya tersebut tidak efektif dan tidak efisien
- c) Kekurangan biaya operasional, padahal kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional

- d) Terlalu banyak untuk kegiatan tidak langsung, misalnya untuk peningkatan kapasitas administrative (pelatihan, belanja barang modal, dll) padahal kinerja program kesehatan sangat ditentukan oleh kegiatan langsung (pelayanan atau intervensi di tengah masyarakat)
- e) Alokasi tidak sesuai dengan program prioritas seperti telah ditetapkan dalam kebijakan-kebijakan (misalnya SPM, RPJMN, Permendagri, MDGs, dll)
- f) Realisasi anggaran telat turun, sehingga pelaksanaan dilaksanakan terburu-buru di akhir tahun dengan mutu yang tidak optimal

*Health account* adalah pencatatan, analisa dan pelaporan situasi pembiayaan kesehatan di suatu wilayah. Kalau ruang lingkupnya adalah tingkat kabupaten/kota, maka pencatatan tersebut disebut *District Health Account* (DHA). Dengan melakukan DHA, maka kabupaten/kota akan mendapatkan gambaran menyeluruh (komprehensif) tentang situasi pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota bersangkutan. Dengan DHA misalnya akan dihasilkan gambaran tentang :

- a) Total biaya kesehatan yang tersedia
- b) Biaya kesehatan per kapita (yang dapat dibandingkan dengan angka nasional atau daerah lain)
- c) Sumber-sumber biaya kesehatan tersebut (pemerintah dan non-pemerintah)
- d) Siapa yang mengelola biaya tersebut
- e) Siapa yang dibiayai oleh pengelola dana tersebut untuk melakukan kegiatan kesehatan
- f) Untuk kegiatan apa biaya tersebut dipergunakan (kegiatan langsung dan kegiatan penunjang)
- g) Untuk mata anggaran apa biaya tersebut dipergunakan (investasi, operasional, pemeliharaan)
- h) Untuk program apa biaya tersebut dipergunakan (sudahkah sesuai dengan prioritas program?)
- i) Di jenjang mana kegiatan tersebut dilakukan (propinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/masyarakat)
- j) Segmen penduduk mana yang mendapat manfaat dari biaya tersebut (ibu dan anak, penduduk miskin, dll)

Informasi di atas sangat berguna untuk menyusun strategi perbaikan system pembiayaan kesehatan, yang pada gilirannya akan meningkatkan kinerja program kesehatan di kabupaten/kota.

## **2.6. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai Bagian dari Sistem Kesehatan Nasional**

Tujuan system kesehatan (nasional) adalah meningkatkan dan memelihara status kesehatan penduduk, responsif terhadap kebutuhan non-medis penduduk dan mewujudkan keadilan (*fairness*) dalam kontribusi pembiayaan. Untuk mencapai tujuan tersebut, system kesehatan perlu melaksanakan empat fungsi utama. Salah satu fungsi utama tersebut adalah pembiayaan kesehatan (*health financing*), disamping fungsi *stewardships*, mobilisasi sumber daya (investasi dan pendidikan/latihan SDM) dan penyediaan pelayanan kesehatan (WHO, 2000).

Dalam konteks Indonesia, pembiayaan kesehatan tersebut selain relative kecil juga efektifitas dan efisiensi penggunaannya belum optimal. Efektifitas dan efisiensi yang rendah tersebut disinyalir berkaitan dengan jumlahnya yang kurang, alokasinya yang tidak sesuai dengan prioritas kesehatan dan pola belanja yang cenderung pada investasi barang dan kegiatan tidak langsung, sehingga kurang biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung. Dalam teori dan pengalaman empiris, kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung.

## **2.7. Masalah Pembiayaan Kesehatan Daerah**

Masalah pembiayaan kesehatan di daerah yang perlu diperbaiki agar kinerja program atau pembangunan kesehatan bisa meningkat diantaranya adalah sebagai berikut :

### **1) Kecenderungan untuk biaya fisik**

Dari telaahan terhadap pola biaya kesehatan di kabupaten/kota, tampak adanya kecenderungan untuk mengalokasikan anggaran kesehatan untuk belanja barang modal (fisik). Belanja-belanja tersebut memang perlu kalau sarana fisik yang diadakan sesuai dengan kebutuhan dan sudah melalui studi kelayakan tentang prospek utilitasnya. Akan tetapi kalau dari tahun ke tahun kecenderungan seperti itu berlanjut, program kesehatan bisa menjadi tidak efektif ; kalau investasi barang modal tersebut tidak diikuti dengan kecukupan biaya

operasional dan biaya pemeliharaan. Kalau anggaran kesehatan kabupaten/kota terbatas, kecenderungan pada belanja barang fisik bisa menyebabkan alokasi untuk biaya operasional tidak mencukupi.

- 2) Biaya operasional untuk kegiatan langsung: pengaruhnya terhadap kinerja  
Kinerja program kesehatan sangat dipengaruhi oleh kecukupan biaya operasional dari biaya untuk kegiatan langsung, yaitu kegiatan pelayanan individu atau kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Ada tidaknya masalah kekurangan biaya operasional untuk kegiatan langsung dapat dilihat dari hasil DHA.
- 3) Dampak dari dana dekonsentrasi  
Dana dekonsentrasi adalah dana milik pemerintah pusat yang diserahkan pengelolaannya kepada propinsi. Peruntukannya bisa untuk peningkatan kapasitas daerah, melakukan koordinasi dengan daerah, koordinasi lintas sektor serta bantuan dana untuk program kesehatan tertentu di tingkat kabupaten/kota sejauh penggunaannya sesuai dengan peruntukkan dana dekonsentrasi tersebut. Kalau dana dekonsentrasi dipergunakan untuk peningkatan kapasitas dinas kesehatan kabupaten/kota, seringkali kegiatan peningkatan kapasitas tersebut diselenggarakan di propinsi. Akibatnya staf kabupaten/kota harus berada di ibukota propinsi untuk dilatih, diberikan bekal/sosialisasi kebijakan pusat, dll. Untuk daerah-daerah yang cukup jauh dari ibukota propinsi, staf kabupaten/kota harus meninggalkan daerahnya selama beberapa hari.
- 4) Kecenderungan menggratiskan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk  
Perkembangan lain adalah kecenderungan pimpinan daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi seluruh penduduk di wilayahnya. Kebijakan ini jelas sasarannya bukan penduduk miskin, karena biaya kesehatan penduduk miskin sudah ditanggung oleh pemerintah pusat melalui dana bantuan social (Jamkesmas). Dengan perkataan lain, kebijakan pemerintah daerah bersangkutan adalah member subsidi kepada penduduk mampu (non-miskin). Kebijakan pelayanan gratis tersebut pada masa sekarang jelas tidak bisa diterapkan oleh sebagian besar daerah di Indonesia. Hanya daerah yang memiliki Pendapatan Asli Daerah (PAD) cukup tinggi yang mampu membiayainya. Itupun perkiraan tidak bisa bertahan dalam jangka panjang, karena sekarang ini pola penyakit sudah jelas ditandai dengan naiknya penyakit degeneratif seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, stroke,

hemodialisis, kanker, dll. Penyakit-penyakit tersebut memerlukan pelayanan kesehatan yang canggih dan mahal.

Hasil DHA akan memperlihatkan kemampuan membayar masyarakat dan hendaknya dipertimbangkan dalam menentukan kebijakan, apakah (a) menggratiskan pelayanan bagi seluruh penduduk atau (b) secara selektif mengenakan tariff bagi penduduk mampu atau (c) memanfaatkan kemampuan membayar tersebut untuk mengembangkan system asuransi kesehatan.

5) Ketergantungan pada system “*out of pocket payment*” (OOP)

Sekarang ini secara nasional pembiayaan kesehatan sebagian besar (sekitar 60%) ditanggung oleh rumah tangga dan itupun dalam bentuk pembayaran langsung kepada penyedia pelayanan kesehatan (*out of pocket payment*). Pembayaran OOP potensial menyebabkan pemiskinan rumah tangga. Apabila ada anggota rumah tangga yang mengalami sakit berat dengan biaya mahal, maka biaya tersebut bisa menyebabkan “malapetaka” keuangan rumah tangga (*financial catastrophe*).

Perlu dikemukakan bahwa kebijakan nasional adalah mengembangkan asuransi kesehatan sosial sesuai dengan isi Undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) terdiri dari empat macam jaminan, yaitu (1) jaminan hari tua, (2) jaminan kematian, (3) jaminan kecelakaan kerja dan (4) jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK). Sampai dengan tahun 2008 UU tersebut belum disusun Peraturan Pemerintahnya, sehingga implementasinya tidak terlaksana dengan baik dan cepat.

Namun sementara itu ada sekitar 40 kabupaten/kota yang telah mengembangkan sistem asuransi kesehatan yang disebut sebagai Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Bentuk Jamkesda tersebut sangat beragam dan belum seluruhnya dapat diterapkan sesuai dengan prinsip asuransi kesehatan sosial seperti diamanatkan dalam UU SJSN tersebut di atas.

6) Realisasi anggaran terlambat

Keterlambatan realisasi anggaran sudah menjadi pengetahuan umum dan telah berlangsung kronis. Dampaknya terhadap kinerja program besar sekali. Mungkin karena sadar bahwa realisasi akan terlambat, maka perencanaan dengan sengaja memilih kegiatan yang cepat menyerap anggaran. Kegiatan semacam itu misalnya adalah lokakarya, pertemuan koordinasi, pelatihan, dll. Inilah barangkali yang menyebabkan kenapa setiap akhir tahun kegiatan

semacam itu banyak dilakukan di tempat-tempat pertemuan seperti hotel, dll. Kegiatan-kegiatan tidak langsung semacam itu jelas tidak segera meningkatkan kinerja program kesehatan.

DHA bukan suatu alat atau cara yang bisa memperbaiki masalah keterlambatan realisasi tersebut. Akan tetapi kalau hasil DHA menunjukkan bahwa kegiatan seminar, lokakarya, pertemuan koordinasi dan pelatihan banyak menyerap anggaran kesehatan daerah, maka bisa diselidiki kaitannya dengan terlambatnya realisasi anggaran.

## **2.8. Health Account**

*Health Account* (HA) adalah proses pencatatan dan klasifikasi data biaya kesehatan. HA yang dilaksanakan pada tingkat kabupaten/kota dikenal dengan istilah *District Health Account* (DHA).

HA menjawab empat pertanyaan dasar: dari mana asal dana atau sumbernya, kemana dana tersebut mengalir, jenis barang atau jasa apa yang dibeli dan siapa yang mendapat manfaatnya (Poullier et al, WHO, 2002 dalam Ascobat).

## **2.9. District Health Account (DHA)**

*District Health Account* (DHA) menghasilkan data yang dapat dipergunakan untuk bahan advokasi kepada pengambil keputusan dengan tujuan memperbaiki kekurangan sistem pembiayaan, misalnya (a) meningkatkan alokasi anggaran kesehatan, (b) mengarahkan alokasi dana pada masalah prioritas, (c) mengarahkan dana pada intervensi dan kegiatan yang lebih "*cost effective*", (d) mengembangkan sistem asuransi, dll.

DHA juga akan menghasilkan gambaran besar belanja kesehatan rumah tangga, apakah untuk pembayaran langsung (*out of pocket payment*) atau melalui asuransi kesehatan. Data ini penting untuk melihat sejauh mana prospek pengembangan sistem jaminan kesehatan di kabupaten/kota bersangkutan.

Akhirnya hasil DHA sangat diperlukan dalam pelaksanaan *Province Health Account* (PHA) dan *National Health Account* (NHA).

Dalam DHA ada delapan dimensi yang menggambarkan cirri suatu belanja kesehatan. Setiap data belanja/biaya kesehatan yang ditemukan, harus ditelaah dan diberikan identitas menurut delapan dimensi tersebut. Masing-masing dimensi tersebut dijelaskan berikut ini :

(1) Sumber Biaya (*Financing Source*)

Adalah institusi atau unit yang menyediakan biaya kesehatan. Sumber biaya tersebut bisa instansi pemerintah yang mengelola dana berasal dari pajak, jaminan social. Sumber tersebut juga bisa organisasi swasta seperti misalnya LSM, Rumah Tangga, atau suatu kesatuan organisasi lainnya (misalnya biaya dari sumber eksternal).

(2) Pengelola Anggaran (*Financing Agents*)

Adalah institusi atau unit yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan. Ini misalnya termasuk departemen kesehatan, dinas kesehatan propinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, badan pengelola jaminan social, perusahaan asuransi kesehatan swasta, LSM, perusahaan dan rumah tangga.

(3) Penyelenggara Pelayanan/Program (*Providers/Executors*)

Adalah institusi atau unit yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan/program kesehatan termasuk misalnya dinas kesehatan, rumah sakit milik pemerintah, rumah sakit swasta, klinik, puskesmas, praktek dokter (swasta), dll.

(4) Jenis Kegiatan

Kegiatan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh provider yang secara umum dapat dibagi dua, yaitu (a) kegiatan langsung dan (b) kegiatan tidak langsung atau disebut juga kegiatan penunjang.

Dalam sektor kesehatan, kegiatan langsung dapat dibagi dua, yaitu (a) kegiatan pelayanan perorangan seperti pengobatan dan perawatan individu yang sakit dan (b) kegiatan kesehatan masyarakat (*public health*) seperti misalnya pemberantasan vector, sanitasi, promosi kesehatan, imunisasi, dll.

Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan untuk menunjang kedua kelompok kegiatan langsung di atas. Ini termasuk misalnya kegiatan administrasi dan manajemen, monitoring, evaluasi, dll.

(5) Mata Anggaran (Jenis Input, Biaya Faktor Produksi)

Adalah jenis input yang dibeli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan di atas. Ini termasuk :

- (a) Barang modal (seperti gedung, alat kesehatan, alat non-kesehatan, *fellowship* untuk staff, dll)
- (b) Biaya operasional atau biaya variable (seperti tenaga, obat, bahan medis, bahan non-medis, makanan, listrik, telepon, air, perjalanan, dll) dan
- (c) Biaya pemeliharaan (pemeliharaan gedung, alat, pelatihan, dll)

(6) Jenis Program

Adalah kelompok program kesehatan yang sudah dibakukan. Di Indonesia, pengelompokan jenis program tersebut dapat dilihat pada kebijakan/konsep berikut:

- (a) Standar Pelayanan Minimal (SPM) (Permenkes No. 741/2008)
- (b) Permendagri No. 59/2007 (Perubahan atas Permendagri No. 13/2006)
- (c) PP No. 38/2007 dan
- (d) MDGs

(7) Jenjang Kegiatan

Jenjang kegiatan adalah jenjang administrative dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Untuk DHA, jenjang kegiatan tersebut bisa di:

- (a) Propinsi
- (b) Kabupaten
- (c) Kecamatan
- (d) Desa atau masyarakat

(8) Penerima Manfaat (*Beneficiaries*)

Adalah kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. Penerima manfaat ini dapat dibagi menurut kategori sebagai berikut:

- (a) Ciri demografi (bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, usila)
- (b) Tingkat ekonomi (miskin, non-miskin)
- (c) Geografi (kota, desa, daerah terpencil, dll)

Dalam penelitian ini, yang dipergunakan adalah kelompok penerima manfaat berdasarkan struktur umur penduduk, yaitu :

- (a) 0 – < 1 tahun : bayi
- (b) 1 – 5 tahun : balita

- (c) 6 – 12 tahun : anak sekolah
- (d) 13 – 18 tahun : anak sekolah/remaja
- (e) 19 – 64 tahun : usia produktif
- (f) 65+ tahun : lanjut usia
- (g) Semua umur : semua kelompok umur

## **2.10. Proses Pelaksanaan DHA**

Salah satu tahapan penting dalam pelaksanaan DHA adalah bagaimana memperoleh data anggaran/belanja kesehatan dengan selengkap mungkin. Belanja kesehatan tersebut terdapat di berbagai instansi/institusi yang ada di kabupaten/kota. Secara garis besar, instansi/institusi yang harus dikunjungi untuk mendapatkan data tersebut adalah instansi pemerintah dan instansi non pemerintah. Dalam DHA ini, data anggaran kesehatan yang dikumpulkan adalah realisasi anggaran kesehatan.

Untuk instansi pemerintah, anggaran kesehatan terbesar berada di dinas kesehatan dan RSUD. Selain itu, perlu juga dilacak anggaran kesehatan di instansi lainnya. Beberapa instansi yang mempunyai anggaran kesehatan adalah Dukcapil KB dan pemberdayaan perempuan, Dinas Sosial, BPMD, PU/Kimpraswil dan lain sebagainya. Untuk melacak keberadaan anggaran kesehatan di berbagai instansi ini, dapat dimulai dengan mendapatkan informasi dari Bappeda Kabupaten/Kota (pada bidang yang membawahi kesehatan). Sementara sumber biaya yang berasal non pemerintah dapat berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan swasta, LSM, perusahaan swasta dan lain sebagainya.

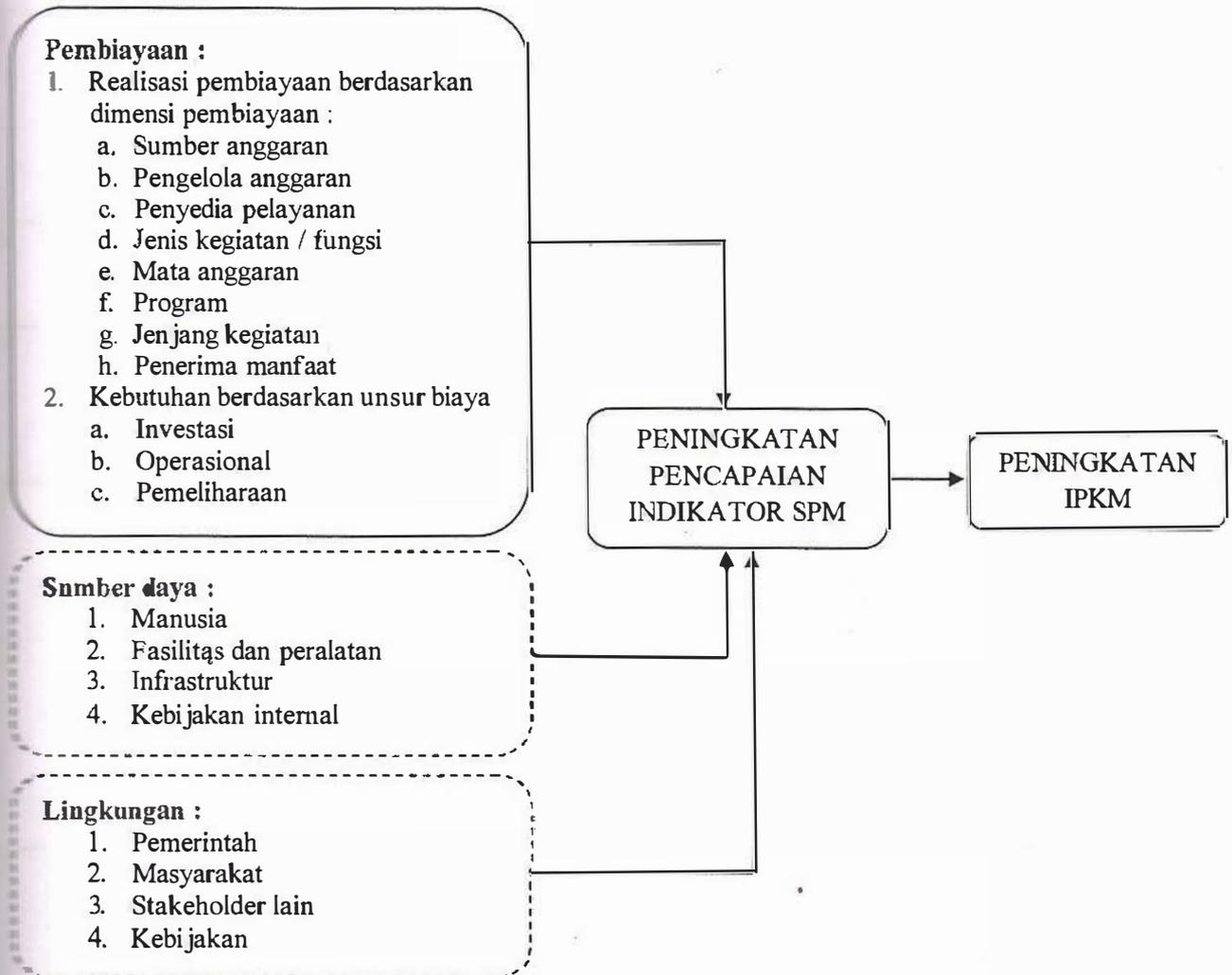
Untuk memperoleh data mengenai besaran pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, dapat dilakukan melalui analisis data Susesnas. Data Susesnas ini dapat mewakili kondisi penduduk sebuah kabupaten/kota. Hasil analisis data Susesnas untuk keperluan DHA adalah sebagai berikut :

- (1) Rata-rata pengeluaran total rumah tangga per tahun
- (2) Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan per tahun
- (3) Rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk asuransi kesehatan per tahun
- (4) Total (kabupaten) untuk (1), (2), dan (3)
- (5) Rincian (1), (2) dan (3) di atas menurut tingkat pengeluaran rumah tangga (dalam hal ini dibagi 5 tingkat atau 5 quintiles).

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

**Keterangan :**

----- : tidak diteliti

### 3.2. Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional
1	Sumber Anggaran	Unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non-pemerintah dan rumah tangga
2	Pengelola Anggaran	Unit/institusi yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non pemerintah dan rumah tangga
3	Penyedia Pelayanan	Unit/institusi yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan/program kesehatan
4	Jenis Kegiatan/Fungsi	Tindakan yang dilakukan oleh provider, ada dua jenis kegiatan yaitu a) Kegiatan langsung dan b) Kegiatan tidak langsung/penunjang
5	Mata Anggaran	Jenis input yang dibeli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan. Ada tiga macam : a) Biaya Modal b) Biaya Operasional c) Biaya Pemeliharaan
6	Jenis Program	Kelompok program kesehatan yang sudah dibakukan. Di Indonesia pengelompokan program bisa dilihat pada : a) SPM (Permenkes No.741/2008) b) Permendagri No.59/2007 (Perubahan atas Permendagri No.13/2006) c) PP No.38/2007 dan d) MDGs
7	Jenjang Kegiatan	Jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Untuk studi ini, jenjang kegiatan bisa di a) Propinsi b) Kabupaten c) Kecamatan dan d) Desa
8	Penerima Manfaat	Kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. Ada beberapa kategori yaitu : a) Ciri Demografi : bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, usila b) Tingkat ekonomi : Miskin dan Non Miskin c) Geografi: Kota,Desa, Daerah terpencil dll)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional
9	Indikator SPM	Jenis program kesehatan yang secara spesifik dimasukkan dalam Standart Pelayanan Minimal, terdapat 18 indikator yang terbagi menjadi 3 bagian besar yaitu: Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Rujukan dan Surveilans Epidemiologi dan Penanganan KLB
10	Biaya Investasi	Biaya yang dikeluarkan untuk membeli barang modal
11	Biaya Operasional	Biaya yang dikeluarkan untuk mengoperasikan barang-barang modal
12	Biaya Pemeliharaan	Biaya yang dikeluarkan untuk memelihara barang-barang modal

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan disain *Cross Sectional* dimana data dikumpulkan dalam waktu yang sama (tahun anggaran yang sama).

#### 4.2. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan riset operasional dimana terdiri dari beberapa aktifitas diantaranya adalah pengumpulan dana, pendampingan analisis kepada tim pokja daerah, advokasi, pelebagaan DHA dan lokakarya hasil penelitian oleh tim pokja daerah di masing-masing kabupaten.

#### 4.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di 6 kabupaten terpilih di dua propinsi yaitu Propinsi Maluku dan Propinsi Maluku Utara

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan

NO	REGIONAL	PROPINSI	KABUPATEN	IPKM
1	III	MALUKU	Maluku Tenggara Barat	0,404
			Buru	0,368
			Kepulauan Aru	0,391
			Seram Bagian Barat	0,432
			Seram Bagian Timur	0,294
2	III	MALUKU	Halmahera Tengah	0,426
		UTARA	Halmahera Timur	0,439

Waktu penelitian : Januari - Desember 2012 (12 bulan)

#### 4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi

Unit analisis adalah kabupaten terpilih dalam penelitian ini.

Sumber informasi dan data dalam penelitian ini adalah :

Tabel 4.2. Sumber Informasi dan Data Penelitian

Kabupaten	Sumber Informasi dan data	
	Pemerintah	Non Pemerintah
Halmahera Timur	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dinas Kesehatan</li><li>2. RSUD</li><li>3. PT Askes</li><li>4. Jamkesmas</li><li>5. Jamkesda</li><li>6. Jampersal</li><li>7. Dinas Kelautan dan Perikanan</li><li>8. Dinas Pendidikan Nasional</li><li>9. Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana</li><li>10. Dinas Pekerjaan Umum</li><li>11. Dana Dekonsentrasi Propinsi</li><li>12. Dana Global Fund</li><li>13. BOK</li><li>14. Kabupaten Halmahera Timur Dalam Angka Tahun 2011</li><li>15. Profil Kabupaten 2011</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rumah Tangga</li><li>2. PT. Aneka Tambang</li></ol>

#### 4.5. Variabel Penelitian

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah

1. Pembiayaan kesehatan secara umum
  - a) Sumber anggaran
  - b) Pengelola anggaran
  - c) Penyedia pelayanan
  - d) Jenis kegiatan/fungsi
  - e) Mata anggaran
  - f) Program
  - g) Jenjang kegiatan
  - h) Penerima manfaat

2. Pengeluaran rumah tangga dari data Susenas 2010
3. Capaian program Indikator SPM

#### **4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data**

Salah satu tahapan penting dalam penelitian ini adalah bagaimana memperoleh data anggaran kesehatan selengkap mungkin. Anggaran kesehatan dalam penelitian diambil dari beberapa instansi baik milik pemerintah maupun swasta.

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan menelaah dokumen pembiayaan (laporan realisasi anggaran tahun 2011) dari unit analisis yang terpilih yang terkait dengan kesehatan dengan menggunakan instrument terstruktur.

#### **4.7. Tahapan Penelitian**

Dalam penelitian ini akan dilakukan beberapa tahapan kegiatan yang meliputi:

##### **I. Tahap Persiapan**

- (1) Penelusuran Dokumen Penunjang (SK Menkes tentang PDBK dan Literatur lainnya)
- (2) Penentuan Lokasi dan Unit analisis penelitian
- (3) Workshop DHA tingkat pusat
- (4) Workshop DHA tingkat propinsi

##### **II. Tahap Pelaksanaan**

- (1) Pengumpulan data
- (2) Pendampingan dan supervisi
- (3) Analisis data
- (4) Lokakarya kabupaten

##### **III. Tahap pelaporan dan Desiminasi**

- (1) Penyusunan laporan
- (2) Desiminasi

#### **4.8. Manajemen Data**

Secara umum data yang sudah terkumpul akan dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

##### **1) *Editing***

Proses *editing* dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas data, menghilangkan kerancuan, serta menjaga konsistensi data yang diperoleh. *Editing* mulai

dilakukan oleh petugas pengumpul data semenjak data diperoleh di lapangan dan sekaligus mengkonfirmasi langsung ke penanggung jawab data.

2) *Entry Data*

Realisasi anggaran yang telah diedit atau diklarifikasi selanjutnya diolah (*dientry*) dalam template DHA berbasis program *excel* untuk menjadi data elektronik yang akan menjadi *database*.

3) *Cleaning*

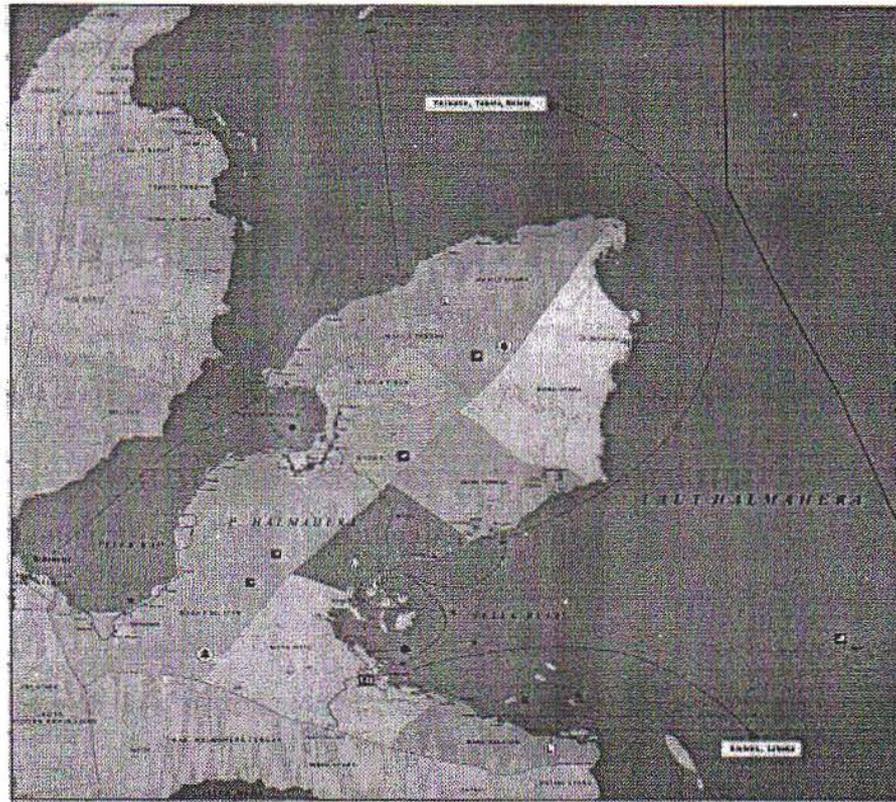
Setelah *entry* data selesai dilakukan, maka hasilnya dicek kembali untuk menghindari adanya kesalahan *entry*. *Cleaning* terhadap data hasil *entry* dimaksudkan untuk menjamin validitas data.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1. GAMBARAN UMUM KABUPATEN HALMAHERA TIMUR

##### 5.1.1. Letak Demografis Kabupaten Halmahera Timur



Gambar 5.1. Peta Kabupaten Halmahera Timur

Kabupaten Halmahera Timur terbentuk pada tahun 2003, setelah sebelumnya bergabung dengan Kabupaten Halmahera Tengah. Secara keseluruhan luas Kabupaten Halmahera Timur adalah 14.202,02 km<sup>2</sup>, yang dibagi menjadi 6.468 km<sup>2</sup> (46%) untuk luas daratan dan 7.695,82 km<sup>2</sup> (54%) untuk luas lautan.

Batas wilayah Kabupaten Halmahera Timur adalah sebagai berikut :

- Sebelah utara : Teluk Kao dan Kabupaten Halmahera Utara
- Sebelah timur : Laut Halmahera dan Samudera Pasifik
- Sebelah selatan : Kabupaten Halmahera Tengah dan Kota Tidore Kepulauan
- Sebelah barat : Kabupaten Halmahera Barat, Kota Tidore Kepulauan dan Teluk Kao

Kabupaten Halmahera Timur terletak antara 0040' – 104' Lintang Utara dan antara 126045' – 129030' Bujur Timur.

Kabupaten Halmahera Timur memiliki 10 kecamatan yang dibagi menjadi total 73 desa. Kabupaten ini memiliki 27 buah pulau, dimana beberapa pulau diantaranya belum memiliki penghuni. Pemukiman atau pedesaan sekitar 80% terletak di daerah pantai, dan sisanya (20%) berada di daratan.

Kabupaten Halmahera Timur terdiri dari 10 kecamatan dengan jumlah desa sebanyak 73 desa. Kesepuluh kecamatan tersebut yaitu, Maba Selatan (6 desa), Kota Maba (5 desa), Maba (7 desa), Maba Tengah (10 desa), Maba Utara (9 desa), Wasile Utara (6 desa), Wasile Tengah (8 desa), Wasile Timur (6 desa), Wasile (6 desa) dan Wasile Selatan (14 desa).

### 5.1.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur

Tabel 5.1. Distribusi Penduduk Menurut Umur Kabupaten Halmahera Timur

Kategori	Penduduk	
	Jumlah	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	38.391	52,61
Perempuan	34.575	47,39

*Sumber : Kabupaten Halmahera Timur Dalam Angka 2011*

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa jumlah penduduk dengan jenis kelamin laki-laki jumlahnya lebih banyak jika dibandingkan dengan perempuan. Persentase jumlah penduduk laki-laki adalah 52,61% sedangkan persentase jumlah penduduk perempuan adalah 47,39%.

### 5.1.3. Fasilitas kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.2 menunjukkan data fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Halmahera Timur. Dapat disimpulkan bahwa fasilitas kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur adalah Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Poskesdes dan Polindes. Keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan ini harusnya menjadi perhatian bagi pemerintah daerah setempat.

Tabel 5.2. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur

Kategori	Jumlah
Fasilitas kesehatan	
Rumah sakit umum	1
Rumah sakit jiwa	0
Rumah sakit bersalin	0
Rumah sakit khusus lainnya	0
Puskesmas	14
Puskesmas pembantu	20
Rumah bersalin	0
Balai pengobatan/ klinik	0
Praktik dokter bersama	0
Praktik dokter perorangan	0
Praktik pengobatan tradisional	0
Poskesdes	15
Polindes	15

*Sumber : Kabupaten Halmahera Timur Dalam Angka 2011*

#### 5.1.4. Banyaknya Penderita Penyakit menurut Jenis Penyakit Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.3. Banyaknya Penderita Penyakit menurut Jenis Penyakit Kabupaten Halmahera Timur

Jenis Penyakit	Jumlah
Ispa	10.797
Malaria Klinis	4.089
Diare	3.129
Kusta	16

*Sumber : Kabupaten Halmahera Timur Dalam Angka 2011*

Tabel 5.3 menunjukkan banyaknya penderita penyakit menurut jenis penyakit, pada urutan pertama diduduki oleh penyakit ISPA, disusul Malaria Klinis, Diare dan Kusta.

## 5.2. GAMBARAN PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN HALMAHERA TIMUR

### 5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Di bawah ini disajikan tabel mengenai peta pembiayaan kesehatan Kabupaten Halmahera Timur berdasarkan sumber anggaran.

Tabel 5.4. Belanja Kesehatan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	%	Per Kapita (US\$)
<b>SB 1 Pemerintah</b>	<b>46.326.372.012</b>	<b>74,62</b>	<b>67</b>
SB 1.1.1 APBN	6.462.470.104	10,41	
SB 1.1.3 Donor: Hibah	159.009.000	0,26	
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	39.200.654.908	63,14	
SB 1.6 BUMN/BUMD	504.238.000	0,81	
<b>SB 2 Non – Pemerintah</b>	<b>15.757.035.927</b>	<b>25,38</b>	
SB 2.2 Perusahaan Swasta, Biaya untuk Pelkes Karyawan	3.173.500.000	5,11	
SB 2.4 Rumah Tangga	9.410.035.927	15,16	
SB 2.5 Sumber Non - Pemerintah Lainnya	3.173.500.000	5,11	
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>	<b>90</b>

Dari tabel 5.4 di atas diketahui bahwa persentase terbesar pembiayaan kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur bersumber dari Pemerintah, yaitu sebesar 74,62%. Pembiayaan yang bersumber dari pemerintah ini persentase terbesar berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Halmahera Timur yaitu sebesar 63,14%. Dari gambaran ini, dapat kita ketahui bahwa daerah sudah memiliki andil yang cukup besar dalam mendukung pembiayaan kesehatan. Sebaiknya di tahun-tahun yang akan datang, pemerintah daerah Kabupaten Halmahera Timur tidak menurunkan persentase untuk mendukung pembiayaan kesehatan, lebih baik lagi jika anggaran untuk pembiayaan kesehatan ditingkatkan lagi, supaya pemerintah daerah tidak selalu bergantung kepada pemerintah pusat terlebih pada program yang menurut aturan otonomi daerah sudah menjadi tanggung jawab daerah.

Donor atau hibah juga berperan dalam mendukung belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur, persentase donor atau hibah adalah sebesar 0,26%. Donor terkait yang dimaksud adalah dana dari *Global Fund* yang membantu dalam pembiayaan pemberantasan Malaria dan Tuberkulosis.

Selain dari sumber Pemerintah, belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera timur juga didukung oleh sumber dari Non Pemerintah. Sumber Non Pemerintah ini berasal dari Perusahaan Swasta, Rumah Tangga dan Sumber Non Pemerintah Lainnya. Dari ketiga sumber tersebut, sumber yang paling besar adalah berasal dari Rumah Tangga sebesar 15,16%. Dengan demikian dapat kita katakan bahwa masyarakat sudah mengeluarkan uang untuk membiayai pengeluarannya di bidang kesehatan sebesar 15,16%.

Dari perhitungan pembiayaan kesehatan, peneliti mencoba membuat Biaya Kesehatan Perkapita (*Per capita Health Expenditure*) dengan cara membagi angka-angka dalam tabel dengan jumlah penduduk kabupaten atau kota. Belanja kesehatan yang sumber pembiayaannya berasal dari Pemerintah hasil perhitungan biaya kesehatan perkapita sebesar US\$ 67/kapita. WHO menyatakan bahwa anggaran kesehatan yang ideal untuk menjamin terselenggaranya program/pelayanan kesehatan esensial adalah sebesar US\$ 34/kapita. Angka tersebut dapat dipakai sebagai patokan (*benchmark*) tentang kecukupan anggaran kesehatan di kabupaten/kota. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa Kabupaten Halmahera Timur sudah memiliki anggaran yang cukup untuk menunjang kegiatan di bidang kesehatan.

Biaya kesehatan perkapita Kabupaten Halmahera Timur baik yang bersumber dari Pemerintah maupun non Pemerintah adalah sebesar US\$ 90/perkapita. Angka ini juga menunjukkan bahwa kabupaten ini sudah memiliki anggaran kesehatan yang cukup untuk menunjang kegiatan di bidang kesehatan.

## **5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur**

Secara keseluruhan Tabel 5.5 yang kami sajikan menunjukkan berapa banyak instansi/organisasi yang mengelola anggaran kesehatan dan berapa besar peran masing-masing di Kabupaten Halmahera Timur. Angka-angka tersebut menunjukkan perlunya koordinasi pembiayaan kesehatan di kabupaten ini.

Dari tabel 5.5 kita ketahui bahwa pengelola anggaran kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur persentase tertinggi dipegang oleh Pemerintah yaitu sebesar 73,67%. Untuk pengelola yang berasal dari semi pemerintah adalah sebesar 2,56% dan non pemerintah adalah sebesar 23,77%. Tabel di atas menunjukkan bahwa

Pemerintah memiliki peranan yang sangat besar dalam mengelola belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur.

Tabel 5.5. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Pengelola Anggaran (PA)	Total	%
<b>PA 1 Pemerintah</b>	<b>45.736.224.012</b>	<b>73,67</b>
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	728.575.010	1,17
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	32.768.798.477	52,78
PA 1.3.02 Puskesmas	1.540.961.111	2,48
PA 1.3.03 RSUD	5.436.567.514	8,76
PA 1.3.12 Pemberdayaan Perempuan dan KB	1.316.233.000	2,12
PA 1.3.21 Unit Pemerintah Kab/Kota Lainnya	3.945.088.900	6,35
<b>PA 2 Semi Pemerintah</b>	<b>1.590.148.000</b>	<b>2,56</b>
PA 2.1 PT Askes	85.910.000	0,14
PA 2.2 PT Jamsostek	1.000.000.000	1,61
PA 2.4 BUMN/BUMD	504.238.000	0,81
<b>PA 3 Non – Pemerintah</b>	<b>14.757.035.927</b>	<b>23,77</b>
PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	627.317.974	1,01
PA 3.4 Rumah Tangga	8.782.717.953	14,15
PA 3.5 Penyedia Pelayanan Lainnya	5.347.000.000	8,61
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Pengelola anggaran yang berasal dari pemerintah terdiri dari : pemerintah provinsi dalam hal ini dinas kesehatan (1,17%), Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur (52,78%), Puskesmas (2,48%), RSUD (8,76%), Pemberdayaan Perempuan dan KB (2,12%) dan Unit Pemerintah Kab/Kota Lainnya (6,35%). Dapat kita lihat bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur memegang peranan penting dalam mengelola anggaran kesehatan. Selain dinas kesehatan, RSUD dan Puskesmas ternyata ada instansi lain yang berperan dalam mengelola anggaran kesehatan, yaitu Dinas Pendidikan Nasional, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan KB, Dinas Pekerjaan Umum, dan Dinas Kelautan dan Perikanan. Dengan demikian perlu adanya suatu koordinasi dalam bentuk pertemuan di antara dinas-dinas tersebut supaya di waktu yang akan datang ada kejelasan tugas pokok dan fungsi masing-masing.

Pengelola anggaran kesehatan dari Semi Pemerintah terdiri dari : PT Askes (0,14%), PT Jamsostek (1,61%) dan BUMD (0,8%). Perlu diketahui bahwa di Kabupaten Halmahera Timur ada PT Antam yang memberikan dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) untuk menunjang pembiayaan kesehatan.

Pengelola anggaran kesehatan dari non pemerintah berasal dari : perusahaan asuransi kesehatan (1,01%), rumah tangga (14,15%) dan penyedia pelayanan lainnya (8,61%).

Pengelola yang berasal dari rumah tangga adalah kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dalam membiayai pengobatan baik itu rawat inap maupun rawat jalan yang diperoleh dari hasil Susesnas BPS tahun 2010.

Dalam hal desentralisasi anggaran, dapat kita lihat bahwa dinas kesehatan kabupaten memegang peranan yang lebih dominan dibandingkan dengan dinas kesehatan propinsi. Dapat kita katakan bahwa desentralisasi anggaran sudah dilaksanakan di Kabupaten Halmahera Timur.

Dari sisi perasuransian atau jaminan kesehatan, ternyata rumah tangga masih memegang peranan yang dominan dibandingkan dengan asuransi semi pemerintah dan perusahaan asuransi lainnya. Jika hal ini dibiarkan terus-menerus, maka akan memberatkan masyarakat karena harus menanggung sendiri biaya kesehatannya. Perlu dipikirkan untuk membuat asuransi yang bisa menjamin masyarakat yang akan menggunakan program pelayanan kuratif baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.

### 5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.6 menunjukkan tentang distribusi belanja kesehatan menurut penyedia/penyelenggara pelayanan kesehatan.

Tabel 5.6. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur

Penyedia Pelayanan (PL)	Total	%
<b>PL 1 Pemerintah</b>	<b>49.259.016.627</b>	<b>79,34</b>
PL 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	728.575.010	1,17
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	22.709.681.198	36,58
PL 1.3.2 RSUD	5.436.567.514	8,76
PL 1.3.3 Puskesmas	15.122.871.005	24,36
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	5.261.321.900	8,47
<b>PL 2 Non Pemerintah</b>	<b>5.850.073.339</b>	<b>9,42</b>
PL 2.1.9 Fasilitas Kesehatan Swasta Lainnya	5.738.623.339	9,24
PL 2.4.1 Posyandu	72.545.000	0,12
PL 2.4.4 Pos Obat Desa	38.905.000	0,06
<b>PL 3 Tidak Jelas (Tidak Dirinci Pemerintah/Non Pemerintah)</b>	<b>6.974.317.974</b>	<b>11,23</b>
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa persentase belanja kesehatan menurut penyedia pelayanan dengan persentase tertinggi ada di Pemerintah yaitu sebesar 79,34%, sedangkan non pemerintah menyumbang persentase 9,42% dan tidak dirinci pemerintah/non pemerintah adalah sebesar 11,23%.

Tabel 5.6 menunjukkan pemerintah memegang peran dalam menyediakan pelayanan kesehatan. Instansi pemerintah yang terlibat dalam memberikan pelayanan adalah : dinkes propinsi (1,17%), dinkes kabupaten (36,58%), RSUD (8,76%), puskesmas (24,36%) dan fasilitas kesehatan pemerintah lainnya (8,47%).

Puskesmas memiliki persentase yang besar dalam menyediakan pelayanan. Seperti kita ketahui bahwa puskesmas adalah penyedia fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dapat langsung diakses oleh masyarakat, jadi tidak mengherankan kalau persentase puskesmas cukup besar.

Lembaga non pemerintah juga berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Lembaga tersebut adalah : fasilitas kesehatan swasta lainnya (9,24%), posyandu (0,12%) dan pos obat desa (0,06%).

#### 5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.7. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)	Total	%
<b>JK 1 Kegiatan Tidak Langsung</b>	<b>30.925.699.460</b>	<b>49,81</b>
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	9.742.565.392	15,69
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	1.362.017.988	2,19
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	25.650.000	0,04
JK 1.4 Pengelolaan Program	3.678.445.000	5,93
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	807.648.000	1,30
JK 1.6 Evaluasi	64.410.000	0,10
JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	2.891.823.137	4,66
JK 1.8 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis	12.353.139.943	19,90
<b>JK 2 Kegiatan Langsung</b>	<b>31.157.708.480</b>	<b>50,19</b>
<b>JK 2.1 Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat</b>	<b>14.620.859.303</b>	<b>23,55</b>
JK 2.1.01 Promosi dan penyuluhan kesehatan	203.306.599	0,33
JK 2.1.08 Supervisi dan Bimbingan Teknis	114.350.000	0,18
JK 2.1.09 Penemuan Kasus	194.000	0,00
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	11.572.656.036	18,64
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	107.832.268	0,17
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	96.575.000	0,16
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	2.525.945.400	4,07
<b>JK 2.2 Kegiatan Program Kesehatan Individual</b>	<b>16.536.849.177</b>	<b>26,64</b>
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	14.676.555.927	23,64
JK 2.2.3 Laboratorium dan Dukungan Diagnosis Lainnya	225.000.000	0,36
JK 2.2.4 Tindakan Medis	393.300.000	0,63
JK 2.2.8 Kegiatan Individu Langsung Lainnya	1.241.993.250	2,00
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5.7 memberikan gambaran belanja kesehatan berdasarkan jenis kesehatan, yang meliputi jenis kegiatan langsung dan tidak langsung. Jenis kegiatan langsung terdiri dari kegiatan program kesehatan masyarakat dan individual.

Persentase belanja kesehatan untuk kegiatan tidak langsung adalah sebesar 49,81% sedangkan untuk kegiatan langsung adalah sebesar 50,19%. Persentase untuk kegiatan program kesehatan masyarakat 23,55% sedangkan untuk program kesehatan individual 26,64%. Sebenarnya secara teoritis kinerja program kesehatan sangat ditentukan oleh kegiatan langsung, seperti kegiatan pelayanan kuratif dan kegiatan kesehatan masyarakat di lapangan. Hal ini sudah dilaksanakan oleh Kabupaten Halmahera Timur.

Belanja untuk kegiatan tidak langsung, persentase terbesar digunakan untuk kegiatan Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis, yaitu sebesar 19,90%. Dinas Kesehatan Kabupaten masih memprioritaskan pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur serta alat non medis.

Belanja untuk kegiatan langsung, persentasenya hampir sama antara belanja untuk Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat dan Kegiatan Program Kesehatan Individual.

Untuk kegiatan Program Kesehatan Masyarakat, sebagian besar dana, yaitu 18,64% digunakan untuk melaksanakan program.

Sedangkan pada Program Kesehatan Individual sebagian besar dana dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan, yaitu sebesar 23,64%. Dari sini kita tahu bahwa persentase untuk kegiatan kuratif dan rehabilitative masih memiliki porsi yang besar.

Kementerian Dalam Negeri sejak tahun 2004 mengharuskan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) menyusun anggaran berbasis kinerja (sesuai dengan Kepmendagri No 29 Tahun 2004, No 13 Tahun 2007 dan No 59 Tahun 2008). Yang dimaksud dengan anggaran berbasis kinerja adalah apabila porsi anggaran untuk kegiatan tidak langsung lebih kecil dari pada anggaran untuk kegiatan langsung.

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa persentase untuk kegiatan langsung sedikit lebih besar dibandingkan dengan kegiatan tidak langsung, hanya selisih 0,38% saja. Dapat dikatakan bahwa Kabupaten Halmahera Timur belum sepenuhnya menerapkan anggaran berbasis kinerja. Perlu usaha yang lebih giat lagi untuk dinas kesehatan supaya bisa menerapkan anggaran berbasis kinerja.

### 5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.8 memberikan gambaran mengenai belanja kesehatan berdasarkan mata anggaran. Tabel ini bisa mengungkapkan kebenaran sinyalemen adanya kecenderungan membelanjakan biaya kesehatan untuk investasi fisik dan kurang untuk kegiatan operasional, yang dapat dilakukan dengan membandingkan persentase belanja investasi, belanja operasional dan belanja pemeliharaan.

Tabel 5.8. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Mata Anggaran (MA)	Total	%
<b>MA 1 Investasi</b>	<b>11.451.521.710</b>	<b>18,45</b>
MA 1.3 Pengadaan Alat Non-Medis	5.475.651.722	8,82
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	5.280.027.000	8,50
MA 1.5 Fellowship Untuk Pendidikan Pegawai	695.842.988	1,12
<b>MA 2 Operasional</b>	<b>48.643.286.866</b>	<b>78,35</b>
MA 2.1 Gaji	12.377.163.077	19,94
MA 2.2 Honorarium	7.596.429.250	12,24
MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	5.957.072.481	9,60
MA 2.4 Bahan Non-Medis	2.015.840.692	3,25
MA 2.5 Perjalanan	3.287.859.519	5,30
MA 2.6 Akomodasi	1.562.600.919	2,52
MA 2.8 Biaya Operasional Lainnya	15.846.320.927	25,52
<b>MA 3 Pemeliharaan</b>	<b>1.988.599.363</b>	<b>3,20</b>
MA 3.2 Gedung/Konstruksi	17.775.000	0,03
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	1.667.720.797	2,69
MA 3.4. Pemeliharaan Alat Medis	2.103.567	0,00
MA 3.5 Pelatihan Personil	301.000.000	0,48
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

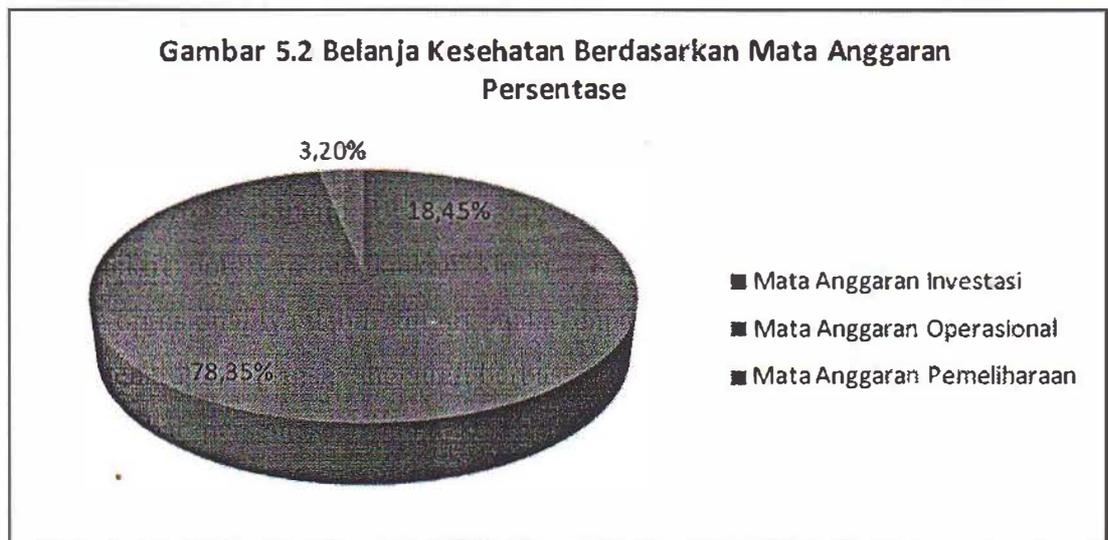
Tabel 5.8 menunjukkan bahwa persentase belanja kesehatan menurut mata anggaran sebagai berikut :

- Belanja kesehatan untuk mata anggaran investasi adalah sebesar 18,45%
- Belanja kesehatan untuk mata anggaran operasional adalah sebesar 78,35%
- Belanja kesehatan untuk mata anggaran pemeliharaan adalah sebesar 3,20%

Persentase di atas menunjukkan bahwa persentase belanja kesehatan untuk mata anggaran operasional lebih tinggi dibandingkan dengan mata anggaran investasi dan pemeliharaan.

Tabel 5.8 juga menunjukkan konsistensi belanja kesehatan dengan prinsip anggaran berbasis kinerja. Belanja yang cenderung tinggi untuk biaya investasi tidak efektif untuk meningkatkan kinerja. Kabupaten Halmahera Timur karena belanja oprasionalnya lebih tinggi maka dapat dikatakan bahwa kabupaten ini sudah menerapkan prinsip anggaran berbasis kinerja.

Gambar persentase belanja kesehatan berdasarkan menurut mata anggaran dapat juga kita lihat seperti di bawah ini :



Mata anggaran inventasi penggunaannya adalah untuk kegiatan : pengadaan alat non-medis (8,82%), pengadaan alat medis (8,50%) dan *fellowship* untuk pendidikan pegawai (1,12%). Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pegawai yang memberikan pelayanan kesehatan adalah dengan memberikan *fellowship* untuk para pegawai. Salah satunya adalah dengan memberikan kesempatan (beasiswa) kepada untuk menempuh pendidikan yang lebih tinggi, dengan demikian maka ilmu dan pengetahuan yang dimiliki oleh pegawai tersebut bisa dimanfaatkan untuk mendukung setiap kegiatan yang ada di dinas kesehatan dan jajarannya.

Belanja kesehatan menurut mata anggaran operasional digunakan untuk kegiatan : gaji (19,94%), honorarium (12,24%), obat dan bahan medis (9,60%), bahan non medis (3,25%), perjalanan (5,30%) akomodasi (2,52%) dan biaya operasional lainnya (25,52%).

Bekanja kesehatan menurut mata anggaran pemeliharaan digunakan untuk melaksanakan kegiatan : gedung atau konstruksi (0,03%), pemeliharaan alat non medis (2,69%), pemeliharaan medis (0,00%) dan pelatihan personil (0,48%).

Bisa kita lihat kalau belanja kesehatan untuk pemeliharaan alat medis selama tahun persentasenya sebesar 0,00% atau Rp 2.103.567,00. Uang sebesar itu digunakan untuk melakukan kegiatan pemeliharaan alat medis selama satu tahun. Seharusnya pemerintah daerah menaikkan anggaran untuk pemeliharaan alat medis, supaya alat medis yang sudah dimiliki baik oleh rumah sakit umum daerah maupun puskesmas dapat digunakan dengan semestinya dan dalam jangka waktu yang relative lama.

Demikian halnya untuk kegiatan pemeliharaan gedung atau konstruksi yang hanya menggunakan anggaran sebesar Rp 17.775.000,00 untuk memelihara gedung dinas kesehatan, rumah sakit umum daerah, 14 buah puskesmas, 20 buah puskesmas pembantu, 15 buah poskesdes dan 15 buah polindes. Seharusnya alokasi dana untuk pemeliharaan gedung atau konstruksi bisa ditingkatkan lagi. Kalau disediakan biaya pemeliharaan gedung atau konstruksi dalam jumlah yang sesuai dengan kebutuhan, maka gedung atau konstruksi juga dapat dimanfaatkan dalam jangka waktu yang relative lama dan gedung tidak mudah rusak. Dengan demikian pemerintah daerah dapat menghemat alokasi dana untuk pembuatan gedung baru untuk mengganti gedung yang rusak.

Pelatihan personil hanya menggunakan dana sebesar 0,48% atau sebesar Rp 301.000.000,00 untuk melatih seluruh personil yang ada di dinas kesehatan, rumah sakit umum daerah, 14 buah puskesmas, 20 buah puskesmas pembantu, 15 buah poskesdes dan 15 buah polindes. Seharusnya pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan dan rumah sakit umum daerah bisa meningkatkan lagi alokasi untuk dana pelatihan personil sehingga Kabupaten Halmahera Timur memiliki sumber daya manusia yang cerdas dan terampil.

#### **5.2.6. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Halmahera Timur**

Tabel 5.9 yang akan kami sajikan adalah tabel belanja kesehatan berdasarkan jenis program yang dilaksanakan di Kabupaten Halmahera Timur. Tabel ini nantinya akan memperlihatkan apakah belanja kesehatan sudah sesuai dengan prioritas program kesehatan.

Prioritas program kesehatan telah ditetapkan dalam beberapa peraturan dan komitmen, yaitu :

- (1) PP No 38 Tahun 2007
- (2) Keputusan Menteri Dalam Negeri No 13 Tahun 2007
- (3) Keputusan Menteri Dalam Negeri No 59 Tahun 2008
- (4) Keputusan Menteri Kesehatan No 741 Tahun 2008 tentang SPM.

Tabel 5.9. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Halmahera Timur.

Program (PR)	Total	%
<b>PR 1 Program Kesehatan Masyarakat</b>	<b>7.216.773.580</b>	<b>11,62</b>
PR 1.01 KIA	733.032.729	1,18
PR 1.02 Gizi	3.474.253.468	5,60
PR 1.03 Imunisasi	470.438.038	0,76
PR 1.04 TBC	12.614.000	0,02
PR 1.05 Malaria	161.447.002	0,26
PR 1.06 HIV/AIDS	8.552.001	0,01
PR 1.09 Demam Berdarah	2.052.003	0,00
PR 1.10 Penyakit Menular Lain	80.849.268	0,13
PR 1.11 Penyakit Tidak Menular	6.500.000	0,01
PR 1.12 KB	1.169.233.000	1,88
PR 1.13 UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)	11.610.000	0,02
PR 1.14 Kesehatan Remaja	105.750.000	0,17
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	822.830.471	1,33
PR 1.16 Promosi Kesehatan	112.946.599	0,18
PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	44.665.000	0,07
<b>PR 2 Program Upaya Kesehatan Perorangan</b>	<b>18.291.655.927</b>	<b>29,46</b>
PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	3.605.204.614	5,81
PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	511.010.000	0,82
PR 2.3 Pelayanan Rujukan	430.000.000	0,69
PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas masuk PR 2.1- 2.3)	10.346.941.313	16,67
PR 2.5 Jaminan Kesehatan	3.398.500.000	5,47
<b>PR 3 Program Penunjang dan atau yang Menyangkut <i>Capacity Building</i></b>	<b>36.574.978.433</b>	<b>58,91</b>
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	21.379.678.102	34,44
PR 3.2 Sistem Informasi Kesehatan	16.530.000	0,03
PR 3.3 Capacity Building	1.032.222.988	1,66
PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	6.569.239.943	10,58
PR 3.5 Pengawasan (Monitoring dan Supervisi)	13.120.000	0,02
PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	7.564.187.400	12,18
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Tabel ini menggambarkan bahwa belanja kesehatan berdasarkan belanja kesehatan dibagi ke dalam tiga jenis program besar, yaitu : program kesehatan

masyarakat (11,62%), upaya kesehatan perorangan (29,46%) dan penunjang dan atau yang menyangkut *capacity building* (58,91%).

Belanja kesehatan berdasarkan program kesehatan masyarakat memiliki persentase yang kecil sekali. Sebagian besar program kesehatan masyarakat ini menyerap anggaran rata-rata tidak lebih dari satu persen atau biasa disebut dengan program nol koma. Padahal di dalam program ini terdiri dari program-program penting yang berhubungan dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Apalagi saat ini negara kita sedang berkuat dengan *Millenium Developments Goals* (MDGs), pemerintah sedang berupaya keras untuk bisa mensukseskan MDGs ini. Jenis program kesehatan dalam MDGs adalah : peningkatan gizi masyarakat, penurunan kematian ibu, penurunan kematian anak, pemberantasan TBC, pemberantasan malaria, penanggulangan HIV/AIDS, menjamin akses terhadap air bersih, dan menjamin akses terhadap obat esensial.

Mari kita lihat satu persatu target MDGs di bidang kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Timur.

#### a. Peningkatan Gizi Masyarakat

Sebenarnya peningkatan gizi masyarakat bukan merupakan tujuan langsung dari MDGs, yang merupakan tujuan langsung adalah menanggulangi kemiskinan dan kelaparan. Berdasarkan UU No. 25/2000, penanggulangan kemiskinan ditempuh melalui tiga program, salah satunya adalah penyediaan kebutuhan pokok berupa bahan pokok pangan, pelayanan dasar di bidang kesehatan, pendidikan dan perumahan bagi keluarga dan kelompok masyarakat miskin secara merata.

Program pertama dijabarkan ke dalam berbagai kegiatan seperti penyediaan dan pencadangan bahan pokok secara terus-menerus; pengendalian harga bahan pokok; penyediaan pelayanan dasar, terutama kesehatan dan pendidikan; perluasan jaringan pelayanan dalam penyediaan kebutuhan pokok; dan perbaikan lingkungan perumahan, termasuk air bersih.

Keadaan yang terjadi di Indonesia terjadinya kurang gizi pada anak yang diukur melalui proporsi anak di bawah umur lima tahun yang berat badannya kurang (kurang gizi sedang dan kurang gizi parah).

Kabupaten Halmahera Timur memiliki belanja kesehatan berdasarkan jenis program untuk kegiatan gizi masyarakat dengan persentase 5,60%. Persentase ini masih cukup kecil. Ada baiknya pemerintah daerah dalam hal ini

dinas kesehatan memberikan atensi yang besar untuk meningkatkan kegiatan dan anggaran untuk kegiatan gizi masyarakat guna tercapainya tujuan MDGs.

Beberapa program yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah pangan dan kekurangan gizi dan memperbaiki ketahanan pangan keluarga adalah : pemberian bantuan makanan tambahan/makanan pendamping ASI (MP-ASI), terutama pada bayi, anak balita, ibu hamil pada keluarga miskin dan rawan pangan; Sosialisasi pedoman umum gizi seimbang; peningkatan produksi dan diversifikasi penyediaan pangan lokal dengan harga yang terjangkau; pembinaan keluarga tentang gizi dan merawat anak; peningkatan efisiensi sistem dan jaringan distribusi pangan nasional yang menjamin ketersediaan dan keterjangkauan pangan sampai di tingkat rumah tangga; pengembangan kemandirian pangan masyarakat; Peningkatan sistem kewaspadaan dini pada masalah gizi dan rawan pangan; penyusunan peraturan pendukung Undang-undang Pangan No. 7 Tahun 1996 dan penerapan Peraturan Pemerintah tentang Ketahanan Pangan yang berpihak kepada keluarga miskin.

b. Penurunan Kematian Ibu dan Anak

Target untuk 2015 adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup yang harus dicapai.

Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, penyebab langsung kematian ibu hampir 90 persen terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Sementara itu, risiko kematian ibu juga makin tinggi akibat adanya faktor keterlambatan, yang menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu. Ada tiga risiko keterlambatan, yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan. Sedangkan pada bayi, dua pertiga kematian terjadi pada masa neonatal (28 hari pertama kehidupan). Penyebabnya terbanyak adalah bayi berat lahir rendah dan prematuritas, asfiksia (kegagalan bernapas spontan) dan infeksi.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program kesehatan masyarakat untuk kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak, hanya menghabiskan anggaran 1,18% dari seluruh belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur. Angka ini juga masih tergolong kecil jika digunakan untuk mensukseskan penurunan angka kematian

ibu dan anak. Seharusnya pemerintah daerah Kabupaten Halmahera Timur mau berkomitmen untuk mendukung penurunan angka kematian ibu dan anak dengan memberikan alokasi dana untuk kegiatan ini.

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

Hal tersebut bisa menjadi masukan bagi dinas kesehatan Kabupaten Halmahera Timur dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan anak.

c. Pemberantasan TBC

Target yang ingin dicapai adalah dengan menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran penyakit TBC.

Pada tahun 1998, prevalensi tuberkulosis nasional sebesar 786 per 100.000 penduduk (kasus baru dan lama), 44 persen diantaranya adalah kasus BTA positif (SS+) menular. Pada tahun 2004, angka SS+ nasional turun menjadi 104 per 100.000 penduduk, dengan rincian Bali dan Jawa 59 per 100.000 penduduk, Sumatera 160 per 100.000 penduduk, dan wilayah timur Indonesia 189 per 100.000 penduduk.

Indonesia berada pada urutan ketiga penyumbang kasus tuberkulosis di dunia, dengan sekitar 582,000 kasus baru setiap tahun, dan 259,970 kasus di antaranya adalah tuberkulosis paru dengan SS+. Angka kematian tuberkulosis (*death rate*) secara nasional pada tahun 1998 diperkirakan sebesar 68 per 100.000 penduduk dan angka kematian kasus (*case fatality rate*) sebesar 24 persen. Sedangkan angka penemuan kasus terus meningkat dan pada tahun 2004 mencapai 51,8 persen.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program untuk kegiatan TBC adalah sebesar 0,02 persen. Sangat kecil sekali. Walaupun data mengenai jumlah penderita TBC tidak disebutkan dalam Kabupaten Halmahera Timur Dalam Angka 2011, bisa jadi penyakit TBC ini merupakan fenomena gunung es di Kabupaten Halmahera Timur. Dengan jumlah dana hanya 0,02 persen tidak

mungkin bagi pemerintah daerah setempat bisa melakukan penghentian dan pencegahan penyebaran penyakit TBC. Seharusnya pemerintah daerah memiliki komitmen yang tinggi dalam usaha penghentian dan pencegahan penyebaran penyakit TBC.

d. Pemberantasan Malaria

Target yang ingin dicapai adalah dengan menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran penyakit Malaria.

Pada tahun 2001, diperkirakan prevalensi malaria sebesar 850 per 100.000 penduduk dan angka kematian spesifik akibat malaria sebesar 11 per 100.000 untuk laki-laki dan 8 per 100.000 untuk perempuan. Lebih dari 90 juta orang di Indonesia tinggal di daerah endemik malaria. Diperkirakan dari 30 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih hanya 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ada di bagian timur Indonesia yang merupakan daerah endemik. Sebagian besar daerah pedesaan di luar Jawa-Bali juga merupakan daerah risiko malaria. Bahkan di beberapa daerah, malaria merupakan penyakit yang muncul kembali (*re-emerging diseases*). Di antara anak di bawah lima tahun (balita) dengan gejala klinis malaria, hanya sekitar 4,4 persen yang menerima pengobatan malaria, sementara balita yang menderita malaria umumnya hanya menerima obat untuk mengurangi demam (67,6 persen). Diperkirakan kurang lebih separuh dari kasus yang dilaporkan, hanya didiagnosa berdasarkan gejala klinik tanpa dukungan konfirmasi laboratorium.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program untuk kegiatan malaria hanya sebesar 0,26% dari keseluruhan total belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur. Hal ini sangat disayangkan sekali, karena untuk menghentikan dan mencegah penyebaran penyakit Malaria hanya dengan menggunakan dana yang persentasenya sekecil itu. Padahal malaria merupakan salah satu penyakit yang tinggi di Kabupaten Halmahera Timur. Seharusnya pemerintah daerah lebih memperhatikan masalah ini dengan berkomitmen untuk menghentikan dan mencegah penyebaran penyakit Malaria.

Pencegahan malaria diintensifkan melalui pendekatan *Roll Back Malaria* (RBM) yang dioperasionalkan dalam Gerakan Berantas Kembali (Gebrak) Malaria sejak tahun 2000, dengan strategi deteksi dini dan pengobatan yang tepat; peran serta aktif masyarakat dalam pencegahan malaria; dan perbaikan

kapasitas personil kesehatan yang terlibat. Yang juga penting adalah pendekatan terintegrasi dari pembasmian malaria dengan kegiatan lain, seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit dan promosi kesehatan.

Upaya pemberantasan malaria di Indonesia saat ini terdiri dari delapan kegiatan yaitu: diagnosis awal dan pengobatan yang tepat; pemakaian kelambu dengan insektisida; penyemprotan; surveilans deteksi aktif dan pasif; survei demam dan surveilans migran; deteksi dan kontrol epidemik; langkah-langkah lain seperti *larva ciding*; dan *capacity building*. Untuk menanggulangi strain yang resisten terhadap klorokuin, pemerintah pusat dan daerah akan menggunakan kombinasi baru obat-obatan malaria untuk memperbaiki kesuksesan pengobatan.

e. Penanggulangan HIV/AIDS

Target yang ingin dicapai adalah dengan menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran penyakit HIV/AIDS.

Prevalensi HIV/AIDS pada penduduk usia 15-29 tahun diperkirakan masih di bawah 0,1 persen. Namun angka prevalensi pada sub populasi beresiko tinggi telah melebihi 5 persen. Hingga Juni 2005, semua propinsi telah melaporkan adanya penduduk yang terinfeksi HIV dengan jumlah penderita AIDS yang tercatat sebanyak 3.358 orang. Tetapi penderita HIV/AIDS yang sebenarnya diperkirakan mencapai 103.971 orang.

Ancaman epidemi HIV/AIDS, telah terlihat melalui data infeksi HIV yang terus meningkat khususnya di kalangan kelompok beresiko tinggi. Diperkirakan ada 90.000 – 130.000 orang dengan HIV/AIDS di 2003 dan pada tahun 2010 akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS, serta 1 – 5 juta orang yang mengidap virus HIV. Data ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS telah menjadi ancaman serius bagi Indonesia.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program untuk kegiatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS hanya 0,01% dari total belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur. Kondisi seperti ini, tidak bisa dibiarkan terus menerus. Pemerintah daerah setempat harus memulai untuk mengambil komitmen dalam membiayai kegiatan yang berhubungan dengan penghentian dan pencegahan penyebaran penyakit HIV/AIDS.

Penanggulangan penyebaran HIV/AIDS, terutama pada kelompok resiko tinggi harus ditingkatkan dan mendapat perhatian utama dari pemerintah.

Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terdiri atas upaya pencegahan, termasuk peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan reproduksi dan pemahaman akan hak-hak reproduksi; pengobatan, dukungan dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dan surveilans. Upaya pencegahan juga ditujukan kepada populasi beresiko tinggi seperti pekerja seks komersial dan pelanggannya, orang yang telah terinfeksi dan pasangannya, para pengguna napza suntik serta pekerja kesehatan yang mudah terpapar oleh infeksi HIV/AIDS. Pemerintah juga memberikan subsidi penuh obat Anti Retroviral (ARV), reagen tes HIV, serta diagnosa/pengobatan melalui rumah sakit rujukan.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program upaya kesehatan perorangan persentasenya adalah sebesar 29,46%. Kegiatannya adalah sebagai berikut : pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan, pengobatan umum dan jaminan kesehatan.

Persentase program upaya kesehatan perorangan lebih besar dibandingkan dengan program kesehatan masyarakat. Kalau sebagian besar program dimanfaatkan untuk program kesehatan perorangan, maka program-program lain kemungkinan akan kekurangan biaya dan sulit bagi Kabupaten Halmahera Timur mencapai target-target program yang menjadi prioritas.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis program penunjang dan atau yang menyangkut *capacity building* adalah sebesar 58,91% dari keseluruhan belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur. Persentase ini adalah persentase terbesar dibandingkan dengan kedua program sebelumnya. Kegiatan yang didukung oleh program ini adalah administrasi dan manajemen; sistem informasi kesehatan; *capacity building*; pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur; pengawasan (monitoring dan supervise) dan obat dan perbekalan kesehatan.

Persentase terbesar untuk program penunjang dan atau yang menyangkut *capacity building* adalah untuk kegiatan administrasi dan manajemen, yaitu sebesar 34,44 persen. Seharusnya persentase untuk kegiatan ini bisa diminimalisir dan direalokasikan untuk mendukung program kesehatan masyarakat. Perlu dilakukan koordinasi intern di dinas kesehatan untuk membahas hal ini.

### 5.2.7. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.10 menyajikan belanja kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan. Dari tabel ini, kita dapat mengukur bagaimana kinerja pemerintah daerah. Ada lima jenjang atau lokasi dilaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan. Jenjang tersebut adalah pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan atau puskesmas dan desa atau kelurahan atau masyarakat.

Tabel 5.10. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Jenjang Kegiatan	Jumlah	%
JJ 1 Pusat	329.150.000	0,53
JJ 2 Provinsi	1.364.925.998	2,20
JJ 3 Kabupaten	40.908.480.537	65,89
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	16.173.666.005	26,05
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	3.307.185.400	5,33
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Dari tabel 5.10 dapat diketahui bahwa sebagian besar kegiatan ada di tingkat Kabupaten yaitu sebesar 65,89 persen. Kegiatan di level kecamatan/puskesmas sebesar 26,05 persen dan kegiatan di level desa/kelurahan/masyarakat hanya sebesar 5,33 persen.

Belanja kesehatan banyak dihabiskan kabupaten, kecamatan dan desa hanya sedikit saja. Hal ini sangat disayangkan sekali karena inti dari kegiatan kesehatan masyarakat sebenarnya ada di desa, seharusnya pembiayaan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus banyak dilaksanakan di tingkat desa/kelurahan/masyarakat.

Kegiatan yang dilaksanakan di kabupaten biasanya lebih banyak kepada hal yang bersifat manajemen maupun administrasi. Hal ini bisa menjadi evaluasi bagi dinas kesehatan untuk melihat kembali setiap kegiatan yang dilakukannya. Hal ini mungkin terjadi karena realisasi anggaran kesehatan banyak dimanfaatkan untuk program upaya kesehatan perseorangan (ada di level kecamatan dan kabupaten) dan program penunjang dan atau yang menyangkut *capacity building* (kemungkinan sebagian besar kegiatan dilaksanakan di kabupaten). Jikalau program kesehatan masyarakat berjalan, tentunya akan banyak kegiatan yang dilaksanakan di desa atau kelurahan atau masyarakat.

### 5.2.8. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.11 menyajikan belanja kesehatan berdasarkan penerima manfaat. Penerima manfaat dibagi menjadi bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, lansia dan semua umur.

Dari tabel 5.11 ini kita juga bisa menilai apakah Kabupaten Halmahera Timur sudah cukup melakukan investasi sumber daya manusia atau belum.

Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur

Penerima Manfaat	Jumlah	%
PM 1. <1 tahun (bayi)	2.378.666.839	3,83
PM 2. 1 – 4 tahun (balita)	3.710.468.902	5,98
PM 3. 5 – 12 tahun (anak sekolah)	5.565.010.122	8,96
PM 4. 13 – 18 tahun (remaja)	2.831.554.963	4,56
PM 5. 19 – 64 tahun (usia produktif)	6.119.117.676	9,86
PM 6. 65+ tahun (lansia)	3.635.840.912	5,86
PM 7. Semua Umur	37.842.748.527	60,95
<b>Grand Total</b>	<b>62.083.407.940</b>	<b>100,00</b>

Tabel di atas menunjukkan bahwa, sebagian besar penerima manfaat dari belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur adalah kelompok semua umur yaitu sebesar 60,95 persen. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sasaran pembiayaan kesehatan Kabupaten Halmahera Timur masih secara umum. Belum ada prioritas untuk skala usia tertentu.

Dari tabel ini dapat kita simpulkan bahwa selama tahun 2011, Kabupaten Halmahera Timur tidak memiliki prioritas untuk melakukan investasi sumber daya manusia karena dari perhitungan DHA didapatkan bahwa belanja kesehatan untuk usia bayi hanya sebesar 3,83 persen; balita sebesar 5,98 persen; anak sekolah sebesar 8,96 persen dan ibu hamil (usia produktif) hanya sebesar 9,86 persen.

Jika Kabupaten Halmahera Timur menginginkan untuk memiliki sumber daya manusia yang sehat dan berkualitas, seharusnya empat kelompok umur di atas diberi perhatian lebih. Caranya adalah dengan memberikan perhatian bagi wanita muda yang hamil, menjaga kesehatan mereka dan mengurangi segala macam risiko yang mungkin mereka alami pada saat persalinan. Selain itu, bayi yang dilahirkan juga harus diberi perhatian khusus, yaitu dengan memberikan ASI eksklusif dan imunisasi dasar. Selama masa balita juga harus terus dipantau bagaimana kesehatan

mereka, apakah ada yang kekurangan gizi atau penyakit anak lainnya. Hal tersebut harus segera di atasi.

Pada saat mereka masuk dalam usia sekolah, faktor gizi juga menjadi prioritas pemerintah, supaya anak usia sekolah ini bisa mengikuti pelajaran dengan baik dalam kondisi yang sehat.

Belanja kesehatan untuk usila menunjukkan bahwa Kabupaten Halmahera Timur juga memiliki kepedulian terhadap kesejahteraan penduduk lansia.

#### **5.2.9. Peta Pembiayaan Berdasarkan Program/Masalah Kesehatan Spesifik di Kabupaten Halmahera Timur**

Berdasarkan data Kabupaten Halmahera Timur dalam angka 2011, kami mendapati bahwa masalah kesehatan yang ada di kabupaten ini adalah masalah ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut). Jadi seharusnya peta pembiayaan berdasarkan masalah kesehatan spesifik harus berhubungan dengan penyakit ISPA. Namun sayangnya, dari perhitungan DHA, ternyata kami tidak menemukan realisasi anggaran yang digunakan untuk program ISPA ini.

Jadi kami memutuskan untuk menggunakan penyakit yang kedua, yaitu Malaria untuk kami teliti lebih mendalam dalam hal pembiayaan kesehatan.

Berikut kami sajikan data yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam hal ini Malaria.

##### **5.2.9.1. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria) Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur**

Tabel 5.12 menyajikan belanja kesehatan program Malaria berdasarkan sumber anggaran di Kabupaten Halmahera Timur.

Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

<b>Sumber Pembiayaan (SB)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>SB 1 Pemerintah</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>
SB 1.1.1 APBN	8.552.002	5,30
SB 1.1.3 Donor: Hibah	152.895.000	94,70
<b>SB Non Pemerintah</b>	-	-
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Dari tabel di atas dapat kita lihat bahwa seluruh belanja kesehatan program Malaria berdasarkan sumber anggaran hanya dari pemerintah saja. Pemerintah ini terdiri dari APBN (5,30%) dan donor atau hibah (94,70%).

Pemerintah daerah sama sekali tidak memiliki andil dalam pembiayaan ini. Jikalau pemerintah daerah hanya mengandalkan donor asing saja, hal ini bukanlah keputusan yang baik. Karena donor asing sifatnya hanya sementara saja. Diharapkan pemerintah daerah melalui dana APBD bisa lebih mandiri dalam memberikan alokasi anggaran kesehatan untuk menangani masalah Malaria ini.

#### 5.2.9.2. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria) Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.13 menyajikan belanja kesehatan program Malaria berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Halmahera Timur. Tabel ini menggambarkan siapa sebenarnya yang berperan dalam mengelola anggaran untuk program Malaria.

Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Pengelola Anggaran (PA)	Total	Persentase
<b>PA 1 Pemerintah</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	8.552.002	5,30
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	152.895.000	94,70
<b>PA 2 Semi Pemerintah</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PA 3 Non Pemerintah</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa seluruh belanja kesehatan untuk program Malaria semua anggaran dikelola oleh Pemerintah, yaitu pemerintah provinsi dalam hal ini dinas kesehatan provinsi (5,3%) dan dinas kesehatan kabupaten (94,70%). Proporsi ini sudah bagus, karena dinas kesehatan kabupaten sudah memiliki andil yang besar dalam mengelola anggaran untuk program Malaria.

**5.2.9.3. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria)  
Berdasarkan Pelaksana Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur**

Tabel 5.14 memberikan gambaran mengenai belanja kesehatan program Malaria berdasarkan pelaksana program.

Tabel 5.14 Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Halmahera Timur

<b>Penyedia Pelayanan (PL)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>PL 1 Pemerintah</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>
PL 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	8.552.002	5,30
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	152.895.000	94,70
<b>PL 2 Non Pemerintah</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PL 3 Tidak Jelas (Tidak Dirinci Pemerintah/Non Pemerintah)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Pengelola anggaran untuk program Malaria seluruhnya dilaksanakan oleh pemerintah dalam hal ini pemerintah provinsi (dinkes) sebesar 5,30% dan dinas kesehatan kabupaten sebesar 94,70%. Proporsi ini juga sudah bagus karena dinas kesehatan kabupaten memegang peranan yang besar dalam menjadi pelaksana program Malaria.

**5.2.9.4. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria)  
Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur**

Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

<b>Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>JK 1 Kegiatan Tidak Langsung</b>	<b>121.464.002</b>	<b>75,23</b>
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	94.370.002	58,45
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	22.048.000	13,66
JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	5.046.000	3,13
<b>JK 2 Kegiatan Langsung</b>	<b>39.983.000</b>	<b>24,77</b>
<b>JK 2.1 Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat</b>	<b>39.983.000</b>	<b>24,77</b>
JK 2.1.08 Supervisi dan Bimbingan Teknis	6.500.000	4,03
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	33.483.000	20,74
<b>JK 2.2 Kegiatan Program Kesehatan Individual</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa belanja kesehatan untuk program malaria berdasarkan jenis kegiatan terdiri atas kegiatan tidak langsung (75,23%) dan kegiatan langsung (24,77%). Suatu program dikatakan sudah merealisasikan anggaran berbasis kinerja jika kegiatan langsung persentasenya lebih besar dibandingkan dengan kegiatan tidak langsung. Dari tabel di atas untuk program Malaria belum bisa dikatakan sudah melakukan kegiatan dengan anggaran yang berbasis kinerja, karena persentase untuk kegiatan tidak langsung lebih besar jika dibandingkan dengan kegiatan langsung.

Kegiatan tidak langsung lebih banyak dimanfaatkan untuk kegiatan manajerial dan koordinasi, yaitu sebesar 58,45 persen, dengan kata lain lebih dari separuh anggaran dimanfaatkan untuk kegiatan tidak langsung. Dengan keadaan demikian sangat susah bagi Kabupaten Halmahera Timur untuk menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran penyakit Malaria. Butuh komitmen yang tinggi dari pemerintah daerah untuk bisa melakukan penghentian dan memulai pencegahan penyebaran penyakit Malaria.

#### 5.2.9.5. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria) Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.16 memberikan gambaran tentang belanja kesehatan program Malaria berdasarkan mata anggaran di Kabupaten Halmahera Timur.

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Halmahera Timur

Mata Anggaran (MA)	Total	%
<b>MA 1 Investasi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>MA 2 Operasional</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>
MA 2.1 Gaji	81.150.000	50,26
MA 2.2 Honorarium	19.346.000	11,98
MA 2.4 Bahan Non-Medis	11.168.000	6,92
MA 2.5 Perjalanan	28.831.000	17,86
MA 2.6 Akomodasi	20.952.002	12,98
<b>MA 3 Pemeeliharaan</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Dari tabel di atas kita ketahui bahwa seluruh belanja kesehatan untuk program Malaria semua digunakan untuk mata anggaran operasional. Sayangnya

sebagian besar dimanfaatkan untuk gaji (50,26 persen). Sedangkan untuk pelaksanaan kegiatan program Malaria masih kurang karena alokasi untuk biaya perjalanan dan akomodasi masih rendah.

#### 5.2.9.6. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria) Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.17 menggambarkan tentang belanja kesehatan untuk program Malaria berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur. Jenjang kegiatan ini memberikan gambaran sebenarnya di lokasi mana kegiatan program Malaria ini dilaksanakan. Keterangan lebih lanjut dapat kita lihat pada penjelasan berikut.

Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Halmahera Timur

Jenjang Kegiatan (JJ)	Total	%
JJ 1 Pusat	0	0
JJ 2 Provinsi	5.100.002	3,16
JJ 3 Kabupaten	103.864.000	64,33
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	33.300.000	20,63
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	19.183.000	11,88
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Sebagian besar kegiatan program Malaria dilaksanakan di Kabupaten. Hal ini karena sebagian kegiatan yang dilaksanakan termasuk ke dalam jenis kegiatan tidak langsung sebesar 64,33 persen, biasanya sebagian besar habis untuk kegiatan manajerial dan koordinasi.

Sedangkan persentase kegiatan di Kecamatan atau Puskesmas hanya sebesar 20,63 persen dan di desa atau kelurahan atau masyarakat sebesar 11,88 persen. Jadi tidak banyak kegiatan yang dilaksanakan di masyarakat. Seharusnya program kesehatan masyarakat dalam hal ini program Malaria, jika ingin berhasil, sebagian besar kegiatan harus dilakukan di tingkat desa atau kelurahan atau masyarakat.

Pemerintah daerah harus memiliki komitmen yang tinggi supaya bisa melakukan penghentian dan memulai pencegahan penyebaran penyakit Malaria di tingkat yang paling rendah yaitu di desa atau kelurahan atau masyarakat.

### 5.2.9.7. Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik (Malaria) Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur

Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Program Malaria Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Halmahera Timur

Penerima Manfaat	Jumlah	%
PM 1. <1 tahun (bayi)	0	0
PM 2. 1 – 4 tahun (balita)	0	0
PM 3. 5 – 12 tahun (anak sekolah)	0	0
PM 4. 13 – 18 tahun (remaja)	0	0
PM 5. 19 – 64 tahun (usia produktif)	0	0
PM 6. 65+ tahun (lansia)	0	0
PM 7. Semua Umur (pasti)	161.447.002	100,00
<b>Grand Total</b>	<b>161.447.002</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5.18 memberikan gambaran mengenai belanja kesehatan untuk program Malaria berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Halmahera Timur. Seluruh kegiatan program Malaria diterima oleh semua umur. Dapat dikatakan bahwa sasaran pembiayaan kesehatan untuk program Malaria di Kabupaten Halmahera Timur masih secara umum, belum ada prioritas untuk skala usia tertentu. Seharusnya ada prioritas di usia mana program pencegahan dan pemberantasan Malaria ini dilaksanakan.

### 5.2.10. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja

Tabel 5.19 memberikan gambaran mengenai peta pembiayaan berbasis kinerja di Kabupaten Halmahera Timur.

Kinerja instansi yang sudah lama berdiri dan berjalan lama, sangat ditentukan oleh kecukupan belanja untuk kegiatan langsung dan bersifat operasional. Kalau pola belanja dalam matriks menunjukkan dominasi investasi dan bersifat tidak langsung, maka pola belanja tersebut tidak menjamin kinerja yang baik.

Dari tabel 5.19 dapat dilihat bahwa sebagian besar belanja kesehatan dihabiskan untuk kegiatan langsung dan bersifat operasional. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pemerintah daerah sudah melaksanakan kinerja yang baik karena persentase terbesar ada pada matriks ini. Untuk tahun-tahun yang akan datang hal ini harus dipertahankan untuk mensukseskan keberhasilan program-program di dinas kesehatan setempat.

Tabel 5.19. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja Kabupaten Halmahera Timur

Kategori	Tidak Langsung		Langsung	
	Jumlah	%	Jumlah	%
<b>Investasi</b>				
Tanah				
Gedung	11.402.021.710	18,37	49.500.000	0,08
Alat medis				
Alat non medis				
<b>Operasional</b>				
Gaji				
Obat/ bahan medis				
Bahan non medis	17.538.668.473	28,25	31.104.618.393	50,10
Utilities				
Perjalanan				
Dan lain-lain				
<b>Pemeliharaan</b>				
Tanah				
Gedung	1.985.009.277	3,20	3.590.087	0,01
Alat medis				
Alat non medis				

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

#### 6.1. KESIMPULAN

- 1) Tidak tersedia Profil Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur sebelum Tahun 2012 tidak tersedia baik dalam bentuk hardcopy maupun softcopy.
- 2) Belanja kesehatan sebagian besar bersumber dari pemerintah, APBD Kabupaten Halmahera Timur menjadi sumber utama dalam belanja kesehatan tahun 2011.
- 3) Menurut WHO, Kabupaten Halmahera Timur sudah memiliki anggaran yang cukup untuk melakukan kegiatan di bidang kesehatan, karena biaya kesehatan perkapita kabupaten ini lebih dari US\$ 34/kapita.
- 4) Sebagian besar belanja kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur dikelola oleh pemerintah, utamanya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten.
- 5) Sebagian besar belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur dilaksanakan oleh pemerintah, utamanya adalah dinas kesehatan kabupaten dan puskesmas.
- 6) Belanja Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur pemanfaatannya hampirimbang antara kegiatan langsung dengan kegiatan langsung.
- 7) Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur serta alat non-medis.
- 8) Belanja kesehatan lebih banyak dimanfaatkan untuk kegiatan program kesehatan individual dibandingkan dengan kegiatan program kesehatan masyarakat.
- 9) Biaya operasional di Kabupaten Halmahera Timur di bidang kesehatan sudah cukup tinggi tapi masih banyak dimanfaatkan untuk kegiatan kuratif.
- 10) Program-program esensial yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya program terkait MDGs masih belum mendapatkan anggaran yang cukup.
- 11) Belanja kesehatan masih belum banyak dipakai untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (Kesehatan Ibu dan Anak, Imunisasi, TBC, Malaria, HIV/AIDS, Demam Berdarah, Penyakit Menular Lain, Penyakit Tidak Menular, Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Sekolah, Kesehatan Remaja, Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan)

- 12) Belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur sebagian besar dimanfaatkan untuk melaksanakan kegiatan di tingkat kabupaten.
- 13) Penerima manfaat belanja kesehatan Kabupaten Halmahera Timur sebagian besar adalah kelompok semua umur di semua masyarakat dan belum ada prioritas untuk skala umum tertentu.
- 14) Penyakit terbanyak di Kabupaten Halmahera Timur pada tahun 2010 adalah ISPA, namun tidak ada realisasi anggaran untuk program ISPA.
- 15) Penyakit terbanyak kedua adalah Malaria. Kegiatan pemberantasan dan pencegahan penyebaran penyakit malaria ini sumber pembiayaannya berasal dari pemerintah, dimana sebagian besar anggarannya berasal dari donor/hibah. Dana tersebut dikelola oleh dinas kesehatan dan yang menjadi pelaksana programnya adalah dinas kesehatan.
- 16) Jenis kegiatan pemberantasan dan pencegahan penyebaran Malaria lebih banyak berupa manajerial dan koordinasi serta kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit.
- 17) Sebagian besar dana tersebut dimanfaatkan untuk membiayai gaji, perjalanan dan akomodasi. Kegiatan tersebut sebagian besar dilaksanakan di tingkat kabupaten. Dan dimanfaatkan untuk kelompok semua umur, karena masih bersifat umum dan belum ada pembagian prioritas untuk kelompok umur tertentu.
- 18) Belanja kesehatan dihabiskan untuk kegiatan langsung dan bersifat operasional. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pemerintah daerah sudah melaksanakan kinerja yang baik.

## 6.2. REKOMENDASI

- 1) Hendaknya ada *filling* yang baik untuk data profil kesehatan kabupaten di setiap tahunnya baik dalam bentuk *soficopy* maupun *hardcopy*.
- 2) Biaya operasional hendaknya lebih diprioritaskan untuk kegiatan kesehatan masyarakat dengan tidak mengesampingkan kegiatan kesehatan kuratif.
- 3) Program yang berkaitan dengan kesehatan berbasis masyarakat lebih diprioritaskan lagi termasuk di dalamnya program MDGs (Gizi Masyarakat, Kesehatan Ibu dan Anak, Pemberantasan Malaria, Pemberantasan TBC, penanggulangan HIV/AIDS, dan penyediaan air bersih), anggaran untuk program tersebut harus dicukupi.

- 4) Pelaksanaan kegiatan jangan hanya di tingkat kabupaten saja, tetapi harus juga dilaksanakan di kecamatan dan di desa dengan menitikberatkan kepada masyarakat.
- 5) Penerima manfaat lebih diprioritaskan untuk *human capital investment* dalam hal ini untuk ibu hamil, bayi, balita dan anak sekolah.
- 6) Agar DHA dapat dilaksanakan secara regular setiap tahun, maka Tim DHA Kabupaten Halmahera Timur perlu di-SK-kan dan dijamin keberlanjutan fungsinya.

## BAB VII

### KEPUSTAKAAN

- Ascobat Gani, DKK , Modul Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah , 2009, Pusat kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia
- Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto (2006), Analisis Kesiapan Dinas Kesiapan Dalam mengalokasikan Anggaran Kesehatan Pada Era Desentralisasi.
- Nyoman Sumaryadi, Efektifitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah, Depok Citra Utama 2005
- Universitas Indonesia, Pusat Kajian Ekonomi & Kebijakan Kesehatan FKMUI dan AusAID. Pedoman dan Modul District Health Account (DHA) Untuk Tingkat kabupaten. Jakarta : FKMUI, 2010
- Kemenkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. Pedoman Teknis PDBK. Jakarta : Kemenkes RI, 2010
- Organisation For Economic Cooperation and Development, International Monetary Fund, World Bank et al. System Of National Account 1993. 1994.
- Universitas Indonesia, Fakultas Bisnis Manajemen. Modul A System of Health Account. Jakarta : FBMUI, 2010
- Anne Mills, Lucy Gilson. 1990, Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang. Dian Rakyat, Jakarta.
- Priyono Tjiptoherijanto, Budhi Soesetyo. 2008. Ekonomi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Guide To producing National Health Accounts. World Bank, World Health Organization, USAID. 2003

# LAMPIRAN



## **BUAPATI HALMAHERA TIMUR**

KEPUTUSAN BUPATI HALMAHERA TIMUR  
NOMOR : .....

**TENTANG**  
**PEMBENTUKAN TIM TEKNIS**  
**PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH**  
**(DISTRICT HEALT ACCOUNT) KABUPATEN HALMAHERA TIMUR**  
**TAHUN 2012**

BAUPATI HALMAHERA TIMUR

- Menimbang : a. bahwa perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Accounts) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai, mengevaluasi dan memotret kebijakan anggaran dibidang kesehatan baik secara inernal Dinas kesehatan maupun lintas sektoral ;
- b. bahwa Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Accounts) dalam prosesnya membutuhkan data dan informasi yang akurat secara lintas sektoral ;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan keputusan Bupati Halmahera Timur tentang Pembentukan Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Accounts) Kabupaten Halmahera Timur Tahun 2012 ;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 01 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Timur, dan Kota Tidore Kepulauan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4264) ;
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548) dan terakhir dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang

- Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844) ;
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438) ;
  4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063) ;
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140. Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 4578) ;
  6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolah Keuangan Daerah ;
  7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2006 tentang Jenis dan Bentuk Produk Hukum Daerah ;
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PERNII/2008 tentang standar pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Halmahera Timur ;
  9. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Timur Nomor 22 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2005 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah;
  10. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Timur Nomor 23 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2005 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah Sekretariat DPRD Kabupaten Halmahera Timur;
  11. Peraturan Daerah Kabupaten Halmahera Timur Nomor 23 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Kabupaten Halmahera Timur;

Menetapkan :

KESATU : keputusan Bupati Halmahera Timur tentang Pembentukan Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah Daerah (District Health Accounts) Kabupaten Halmahera Timur Tahun 2012 dengan susunan Keanggotaan Sebagaimana tercantum dalam Lembaran Keputusan ini.

- KEDUA : Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah Daerah (District Health Accounts) Kabupaten Halmahera Timur sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. Melakukan pengumpulan data dari berbagai sumber ;
  - b. Menghitung belanja kesehatan rumah tangga menggunakan data sensus nasional ;
  - c. Melakukan entri data dengan Pivot Table (Excel) ;
  - d. Menghasilkan tabel-tabel standar, interpretasi dan merumuskan rekomendasi dan ;
  - e. Memberi masukan kepada para Pengambil Keputusan sesuai hasil analisis data DHA ;
- KETIGA : Dalam Melaksanakan tugasnya Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Accounts) sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertanggung jawab kepada Bupati Halmahera Timur.
- KEEMPAT : Segala biaya yang timbul akibat ditetapkannya keputusan ini dibebankan pada DPA Dinas Kesehatan Halmahera Timur Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Halmahera Timur Tahun 2012.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ..... januari 2012.

Ditetapkan : di Maba  
Pada tanggal : Juli 2012

BUPATI  
HALMAHERA TIMUR

**H. RUDY ERAWAN**

*Tembusan disampaikan kepada Yth :*

1. Menteri kesehatan Republik Indonesia di Jakarta ;
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara di Sofifi ;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur;

**LAMPIRAN : KEPUTUSAN BUPATI HALMAHERA TIMUR**

NOMOR : .....

TANGGAL : Juli 2012

**SUSUNAN KEANGGOTAAN TIM TEKNIS  
PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH  
ACCOUNT) KABUPATEN HALMAHERA TIMUR TAHUN 2012.**

No	Nama	Jabatan	
		Dalam Instansi	Dalam Tim
<b>Tim koordinasi</b>			
1	H. Rudy Erawan, SE. M.Si	Bupati Halmahera Timur	Pengarah
2	Ir. Muh Din	Wakil Bupati Halmahera Timur	Pengarah
3	Luth Muhammad, S.IP	Sekertaris Daerah	Wakil Pengarah
4	Ir. Moh. Abdu Nasar	Kepala Bappeda	Ketua Tim
5	drg. Baharuddin	Kepala Dinas Kesehatan	Sekertaris
6	dr. Muh. Nasir, SKM.M.Kes	Direktur RSUD	Anggota
7	Abdurahman Sarjan, SP	Kabid Pengemb. Sosial Budaya Bappeda	Anggota
<b>Tim Teknis</b>			
1	Abdullah Yakub, SE	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kab. Halmahera Timur	Ketua Tim
2	Nurhalis Soentpiet, ST	Plt. KasubBid Pemerintahan, Pendidikan, Kebpar, Kesehatan, Agama, Hukum dan Kesra pada Bid. SosBud BAPPEDA	Sekertaris
3	Irmawati Abd. Kadir, SH, M.A	Pj. Kasubid Nakertran Kependudukan dan Capil, KB dan Pemberdayaan Perempuan pada Bid. SOSBUD BAPPEDA	Anggota
4	Ade Salman, SKM.MPH	Staf Bagian Perencanaan Pada Dinas Kesehatan Kab. Halmahera Timur	Anggota
5	Faizal Hair, SKM	Staf Bagian Perencanaan Pada Dinas Kesehatan Kab. Halmahera Timur	Anggota
6	Irman Gola	Staf Bagian Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kab. Halmahera Timur	Anggota
7	Edvin Nur Febrianto, S.ST	Plt. Kasie Statistik Sosial Pada BPS Kab. Halmahera Timur	Anggota
8	Abd. Syukur Tuanaya, Amd.TEM	Staf Bagian Perencanaan Pada RSUD Maba	Anggota

Ditetapkan : di Maba

Pada tanggal : Juli 2012

BUPATI  
HALMAHERA TIMUR

H. RUDY ERAWAN

## DOKUMENTASI



Foto 1. Pertemuan dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur



Foto 2. Pertemuan dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur



Foto 3. Pertemuan antara ketua Tim Peneliti dengan Sekretaris Daerah Kabupaten Halmahera Timur dalam rangka advokasi DHA.

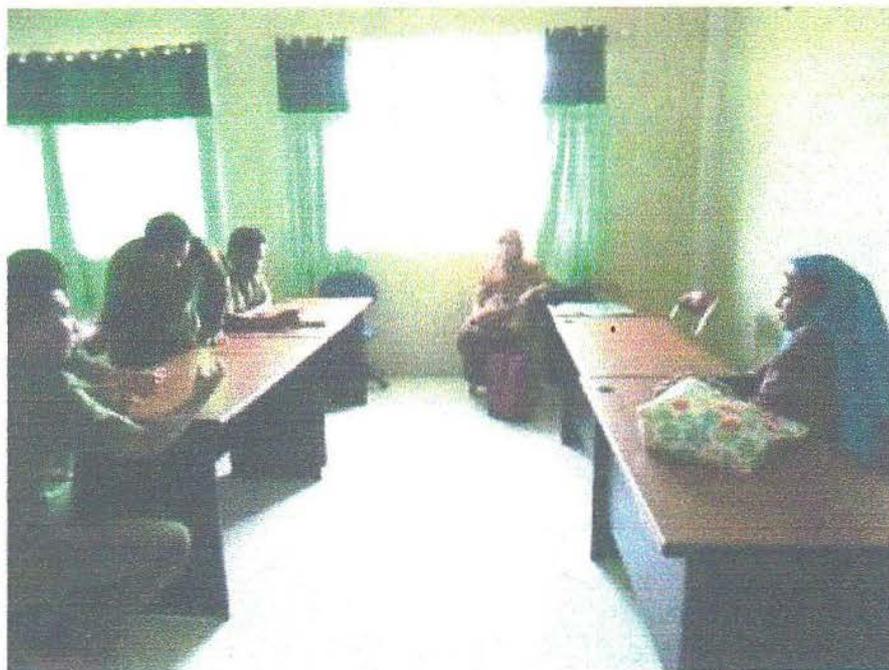


Foto 4. Pertemuan dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Halmahera Timur