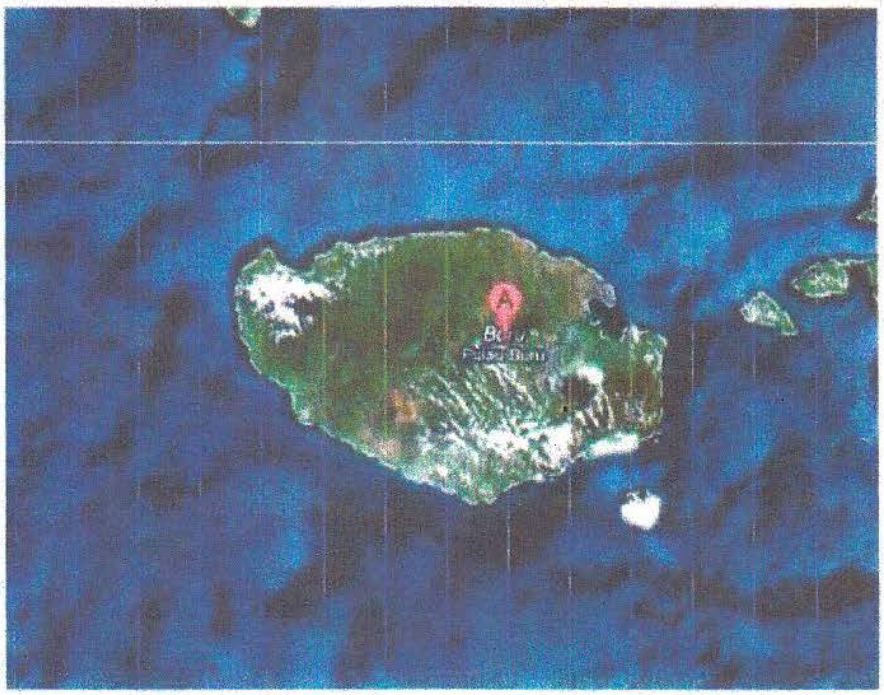
PS4
56
Surabaya

LAPORAN

STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN

KABUPATEN BURU PROPINSI MALUKU

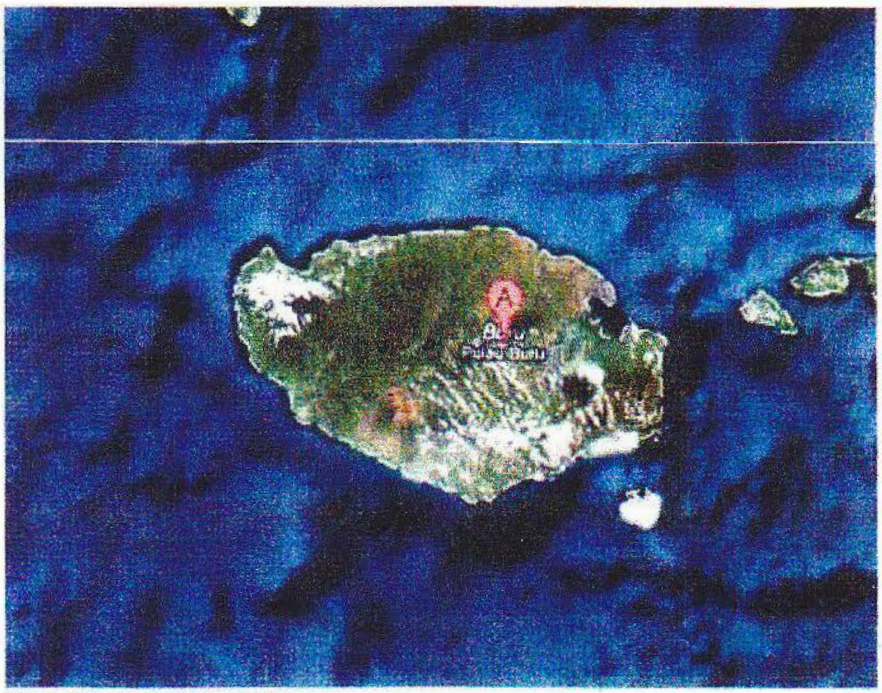


PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
BADAN LITBANG KESEHATAN
2012

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN
Terima : 20-6-2013
No. Klass : PS4
56

LAPORAN

STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN
KABUPATEN BURU PROPINSI MALUKU



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rakhmat 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 pembiyaan 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

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 Suprapto, M.Kes

KETUA PELAKSANA

Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes

ANGGOTA TIM PENELITI

Rofingatul Mubasyiroh, SKM

Galih Arianto, SE

Wening Widjajanti, SKM

Djazuly Chalidyanto, SKM, M.Kes

Turniani Laksmiarti, SE, MM

dr. Wahyu Dwi Astuti, SpPK, M.Kes

Indah Pawita, SKM

Dra. Sri Nurwati, MSi

DAFTAR ISI

Halaman Judul i

Kata Pengantar ii

Daftar Isi iii

Daftar Tabel v

Daftar Gambar vii

Bab I Pendahulan

1.1. Latar Belakang 1
1.2. Tujuan Penelitian 5

Bab II Tinjauan Pustaka

2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 7
2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan 7
2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan 8
2.4. Distrcit Health Account (DHA). 8
2.5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan 10
2.6. Kebijakan Fiskal dan Moneter 13

Bab III Kerangka Konsep dan Definisi Operasional

3.1. Kerangka Konsep 16
3.2. Definisi Operasional 16

Bab IV Metodologi Penelitian

4.1. Disain Penelitian 18
4.2. Jenis Penelitian 18
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian 18
4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi 18
4.5. Variabel Penelitian 19
4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data 19
4.7. Tahapan Penelitian 20
4.8. Manajemen Dara 20

Bab V Hasil Penelitian dan Pembahasan

5.1. Gambaran Umum Kabupaten Buru 22
5.1.1. Letak Demografis Kabupaten Buru 22
5.1.2. Visi dan MIsi Kabupaten Buru 22
5.1.3. Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan 24
5.1.4. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Buru 24
5.1.5. Cakupan Program Kesehatan di Kabupaten Buru 25

5.2. Gambaran Peta Pembiayan Kabupaten Buru 26

5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Buru 26
5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru 27
5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru 27
5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru 28
5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Buru 29
5.2.6. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Buru 30
5.2.7. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru 31
5.2.8. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru 32
5.2.9. Peta Pembiayaan Berdasarkan Program/Masalah Kesehatan Spesifik di Kabupaten Buru 33
a) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru 33
b) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru 33
c) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Pelaksana Anggaran di Kabupaten Buru 34
d) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru 35
e) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru 35
f) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru 36
g) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru 36

5.2.10. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja 37

Bab VI Kesimpulan dan Rekomendasi

6.1. Kesimpulan 38
6.2. Rekomendasi 38

Bab VII Kepustakaan

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan 18

Tabel 4.2. Sumber Informasi dan Data Penelitian 19

Tabel 5.1. Persentase APBD Kabupaten Buru tahun 2012 23

Tabel 5.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur di Kabupaten Buru 24

Tabel 5.3. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Buru Tahun 2011 25

Tabel 5.4. Cakupan program Kesehatan di kabupaten Buru tahun 2011 25

Tabel 5.5. Belanja Kesehatan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru 27

Tabel 5.6. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru 27

Tabel 5.7. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru 28

Tabel 5.8. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru 29

Tabel 5.9. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru 30

Tabel 5.10. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Buru 31

Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru 32

Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru 32

Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru 33

Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru 34

Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru 34

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru 35

Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru 35

Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru 36

Tabel 5.19. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru 37

Tabel 5.20. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja Kabupaten Buru 37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian 16

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, NTT, 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 sebagianya. Berbagai permasalahn 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 insidentil 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.

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

9) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Buru?
10) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Buru?
11) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Buru?

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 Buru
5) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Buru

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

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. Distrcit Health Account (DHA).

DHA merupakan suatu cerminan atau 'raport' yang menunjukkan hasil kinerja keuangan untuk bidang kesehatan di kabupaten/kota. Raport ini berupa cermin pola pembiayaan kesehatan satu kab./kota yang harus dikaitkan dengan prioritas

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 untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektivitas pembiayaan kesehatan terebut dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk.

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.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922 Tahun 2008, menyatakan bahwa H*ealth Account* merupakan salah satu fungsi pembiayaan, dan perlu dilakukan *National Health Account* (NHA), *Province Health Account* (PHA) dan *Distrcit Health Account* (DHA).

Pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten sumbernya berasal dari pemerintah dan non-pemerintah. Beberapa masalah dalam kebijakan, yaitu:

a. Jumlahnya terlalu kecil, tidak cukup untuk menjamin efktivitas program kesehatan
b. Berbaga sumber pembiayaan terfragmentasi, sehingga menyebabkan penggunaan biaya tersebut tidak efektif dan efisien
c. Kekurangan biaya operasional, padahal kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional
d. Terlalu banyak untuk kegiatan tidak langsung, missal untuk peningkatan kapasitas administratif (pelatihan, belanja barang modal, dan lain-lain) padahal kinerja program kesehatan sangat ditentukan oleh kegiatan langsung (pelayanan atau intervensi ditengah masyarakat)
e. Alokasi tidak sesuai dengan program prioritas seperti telah ditetapkan dalam kebijakan-kebijakan (misalnya SPM, RPJMN, Permendagri, MDGs dll)
f. Realisasi anggaran telah turun, sehingga pelaksanaan dilakukan terburu-buru di akhir tahun dengan mutu yang tidak optimal.

2.5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Keputusan Menteri Kesehatan RI No 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis.

Undang-undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bahwa bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh kabupaten/kota. Penyelenggaraan urusan wajib oleh daerah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggung jawab yang pada intinya merupakan pengakuan/ pemberian hak dan kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh daerah.

Urusan wajib adalah urusan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan kepada daerah untuk perlindungan hak konstitusional, kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, ketenteraman dan ketertiban umum dalam kerangka menjaga keutuhan negara kesatuan RI, serts pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konferensi international.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Indikator SPM merupakan tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan manfaat pelayanan. Jenis pelayanan adalah pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

Jenis program kesehatan dalam SPM antara lain:

1 Pelayanan kesehatan Dasar
   1. ANC
   2. Penanganan kasus komplikasi obstetric
   3. Linakes
   4. Pelayanan post partum
   5 Penanganan komplikasi neonatal

6. Kunjungan bayi sehat
7. Cakupan Desa UCI
8. Cakupan pelayanan Balita
9. MP ASI 6-24 bulan KK miskin
10. Penangan Balita Kurang Gizi
11. Skrining anak sekolah
12. *Current user* (CPR) Kb
13. Deteksi dan penanganan penyakit
    1. AFP
    2. pneumonia balita
    3. *Case Detection* (CD) TBC
    4. Th/kasus DBD
    5. deteksi diare
14. Pelkes dasar Penduduk miskin

2 Pelayanan Rujukan
15. Rujukan kasus pasien miskin
16 pelayanan emergensi oleh RSUD

3 Surveilans epidemiologi dan penanganan KLB
17. Respons surveilans< 24 jam di tingkat desa yang ada KLB
18. Cakupan desa dengan desa siaga

Peran pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan, sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/SK/IX/2008 sebagai berikut:

1. Pengorganisasian

a. Bupati/walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal yang dilaksanakan oleh perangkat daerah kaupaten/kota dan masyarakat.

b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud butir a, secara operasional dikoordinasikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

2. Pembinaan

a. Pemerintah dan pemerintah provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerja sama antar daerah kabupaten/kota.

b. Fasilitas dimaksud butir a, dalam bentuk pemberiaan standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi:

(1) Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal

(2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM.

(3) Penilaian pengukuran kinerja

(4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal di bidang kesehatan

3. Pengawasan

a. Bupati/walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal di daerah masing-masing.

b. Bupati atau walikota menyampaian laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan pemerintah.

PP Nomor 65 Tahun 2005 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007, proses penyusunan SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. mengkaji standar jenis pelayanan dasar yang sudah ada dan/atau standar teknis yang mendukung penyelenggaraan jenis pelayanan dasar.
2. Menyelaraskan jenis pelayanan dasar dengan pelayanan dasar yang tertuang dalam dalam RPJMN, RKP dan dokumen kebijakan, serta konvensi/ perjanjian internasional.
3. Menganalisa dampak, efisiensi, dan efektifitas dari pelayanan dasar terhadap kebijakan dan pencapaian tujuan nasional.
4. Menganalisis dampak kelembagaan dan personil.
5. Mengkaji status pelayanan dasar saat ini, termasuk tingkat pencapaian tertinggi secara nasional dan daerah.
6. Menyusun rancangan SPM.
7. Menganalisis pembiayaan pencapaian SPM secara nasional dan daerah (dampak keuangan).
8. Menganalisis data dan informasi yang tersedia.
9. Melakukan konsultasi dengan sektor-sektor terkait dan daerah
10. Menggali masukkan dari masyarakat dan kelompok-kelompok professional.

Dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (*Minimum Service Target*), yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dengan tetap berpedoman pada standar teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam urusan wajib dan SPM, nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional sebagaimana komitmen global dan komitmen nasional yaitu: target tahun 2010 dan tahun 2015.

2.6. Kebijakan Fiskal dan Moneter

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 mambawa 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 untu membiayaai pengeluaran tertentu). Untuk membiayayai 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 disetuji 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 fisAal terdiri dari peta kapasitas fiscal provinsi dan peta kapasitas fiskal kabupaten/kota".

Pasal 3:

"Penyususnan 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, ayatl

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

$$KF = \frac{(PAD+DBH+DAU+LP)-BP}{\text{Jumlah penduduk miskin}}$$

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 adlah jumlah penduduk miskin berdasarkan data badan pusat statistik tahun 2010.

Pasal 4, ayat 3 :

Penghiungan 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 :

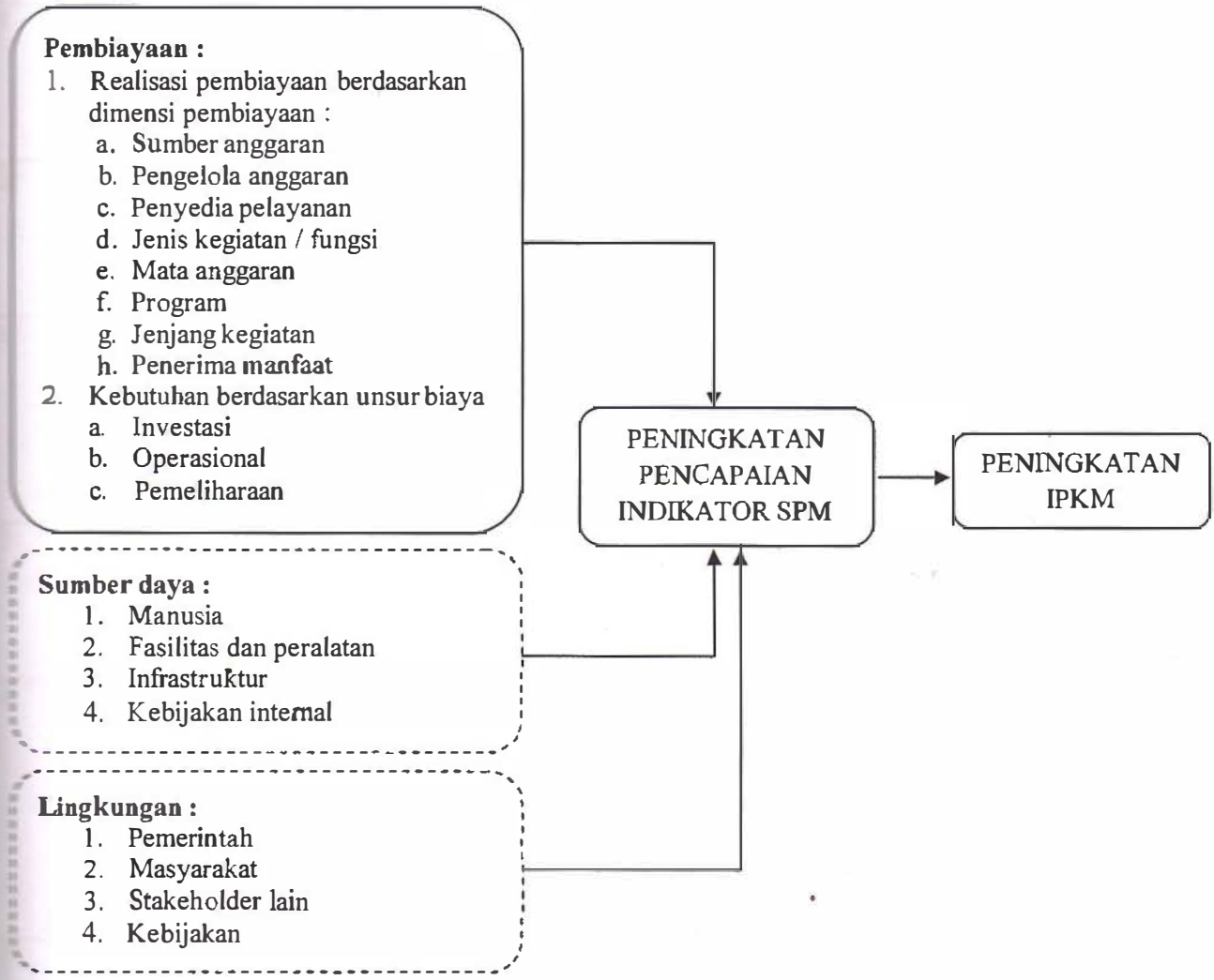
"Berdasarkan indeks sebagaimana dimaksud pada ayat 4 dan ayat 5, daerah dikelompokn dalam 4 katagori sebagai berikut;

a. *daerah yang indeks kapasitas fiskalnya lebih dari atau sama dengan 2 (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< 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<indeks<1) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sedang*
d. *Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya kurang dari atau sama dengan 0,5 (indeks<0,5) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal rendah.*

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep



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 adminstratif 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)
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 Surveilan Epidemiologi dan Penanganan KLB
10	Biaya Investasi	Biaya yang dikeluarkan untuk membeli barang modal
11	Biaya Operasional	Biaya yang dikeluarkan untuk mengoperasionalkan 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 desain *Cross Sectional* dimana data dikumpulkan dalam waktu yang sama (tahun anggaran sama).

4.2. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan riset operasional dimana terdiri dari beberapa aktifitas diantaranya adalah pengumpulan data, pendampingan analisis kepada tim pokja daerah, advokasi, pelembagaan 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 UTARA	Halmahera Tengah	0,426
			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
Buru	1. Dinas Kesehatan 2. RSUD 3. Bappeda : Gizi 4. Jampersal 5. Jamkesmas 6. PT. Askes 7. Unicef : KIA 8. Mercy Corps : KIA 9. Global Fund 10. Dukcapil/BKKBN 11. Dekonsentrasi Propinsi 12. Profil Kabupaten 2011	1. Rumah Tangga

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. Capain 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 (di*entry*) 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 BURU

5.1.1. Letak Demografis Kabupaten Buru

Wilayah administrasi pemerintahan Kabupaten Buru Khusus untuk wilayah pemerintahan Kabupaten Buru, terdiri dari:

- Kecamatan Namlea : Ibukota Namlea
- Kecamatan Airbuaya : Ibukota Airbuaya
- Kecamatan Waiapo : Ibukota Waiapo
- Kecamatan Waplau : Ibukota Waplau
- Kecamatan Batabual : Ibukota Ilath

Kabupaten Buru dengan cakupan luas Daratan 5.577.48 km^2 dan lautan 1.972.50 km^2 yang tercover pada 5 kecamatan, 81 desa dan 103 dusun.

Secara fisiografi *(makro relief)*, bentuk wilayah Kabupaten Buru dikelompokan berdasarkan daratan pantai dan perbukitan termasuk dataran tinggi *(plateau/piedmont)* dengan bentuk kelerengan yang bervariasi. Kabupaten Buru didominasi oleh kawasan pegunungan dengan elevasi rendah berlereng agak curam dengan kemiringan lereng kurang dari 40% yang meliputi luas 15.43% dari keseluruhan luas wilayah daerah ini. Di bagian utara dan barat rata-rata berlereng curam, sedangkan dibagian timur terutama disekitar Sungai Waiapo merupakan daerah elevasi rendah dengan jenis lereng landai sampai agak curam.

Jumlah penduduk 108,445 orang, laki-laki 55.721 dan perempuan 52.724.

5.1.2. Visi dan Misi kesehatan Kabupaten Buru

Visi kabupaten Buru adalah "Kabupaten Sehat" adalah Kabupaten yang penduduknya hidup dalam lingkungan yang sehat, mempraktekan hidup bersih dan sehat, maupun menyediakan, memilih, mendapatkan maupun memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, sehingga memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Selaras dengan Misi Pembangunan Nasional dibidang kesehatan, maka kabupaten perlu menetapkan Misi Pembangunan Kesehatan Kabupaten/ Kota yang dengan upaya:

1. Menggerakan pembangunan Daerah Kabupaten yang berwawasan kabupaten.
2. Mendorong kemandirian masyarakat kabupaten untuk hidup sehat
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh masyarakat kabupaten.
4. Meningkatkan kesehatan lingkungan dalam kabupaten/kota

Pelayanan kesehatan yang disediakan hendaknya mengutamakan pelayanan pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan kesehatan. Kepekaan pelayanan kesehatan terhadap kebutuhan masyarakat ditingkat dengan mengupayakan kemandirian bagi unit – unit pelayanan kesehatan dan diterapkannya manajemen yang berorientasi kepada klien.

Tabel. 5.1. Persentase APBD Kabupaten Buru Tahun 2012

	APBD	Gaji	APBD di luar gaji
RSUD	14.069.768.536	6.003.435.908	8.066.332.628.00
Dinkes	13.777.695.187	2.502.907.549	11.274.787.638.00
Puskesmas	9.940.647.650	6.490.371.339	3.450.276.31 1.00
Kesehatan			22.791.396.577.00
TOTAL (realisasi)	412.321.361.056		
Persentase APBD kesehatan diluar gaji thd APBD total			5,53%
		UU no. 36/ 2009	10.00%

Sumber : dinas kesehatan Buru 2012

Total APBD Kabupaten Buru Rp. 412.321.361.056. untuk gaji pegawai di dinas Kesehatan 2.502.907.549, Rumah sakit umum 6.003.435.908. puskesmas 6.490.371.339. Persentase APBD kesehatan diluar gaji terhadap APBD adalah 5,53%, padahal untuk pembiayaan kesehatan menurut UU no 36 tahun 2009 adalah 10%.

5.1.3. Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan

Tabel 5.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur di Kabupaten Buru

Kategori	Penduduk	
	Jumlah	%
Umur		
0-4 tahun	13.624	12.56
5 - 9 tahun	14.730	13.58
10 - 14 tahun	12.914	11.91
15 - 19 tahun	9.703	8.95
20 - 24 tahun	8.520	7.86
25 - 29 tahun	10.249	9.45
30 - 34 tahun	8.925	8.23
35 - 39 tahun	7.486	6.90
40 - 44 tahun	6.073	5.60
45 - 49 tahun	4.465	4.12
50 - 54 tahun	3.585	3.31
55 - 59 tahun	2.501	2.31
60 - 64 tahun	2.041	1.88
65 - 69 tahun	1.482	1.37
70 - 74 tahun	1.019	0.94
75+ tahun	1.128	1.04
total penduduk	108.445	100.00

Sumber: Profil kesehatan Kabupaten Buru tahun 2011; data pendidikan tidak ada data.

Jumlah anak di bawah umur 5 tahun 13.624, yaitu 12.56 % dari jumlah penduduk. Balita ini memerlukan penanganan khusus, karena masih rentan terhadap penyakit, serta mudah terjadi gizi kurang bila tidak ditangani dengan serius. Untuk mencegah terjadinya gizi kurang pada balita, perlu dilakukan penimbangan setiap bulan. Penimbangan dapat dilakukan di posyandu, atau pelayanan kesehatan terdekat.

5.1.4. Fasilitas kesehatan yang ada di kabupaten Buru

Penduduk Kabupaten Buru Seram Bagian Barat 108.445 jiwa. Fasilitas kesehatan yang terdapat di Kabupaten Buru terdapat satu rumah sakit pemerintah, 4 puskesmas perawatan dan 6 puskesmas non-perawatan (tabel 5.3)

Pada tabel 5.4, memperlihatkan bahwa Kabupaten Buru mempunyai 10 puskesmas yang terdiri dari 4 puskesmas perawatan dan 6 puskesmas non perawatan. Sedangkan puskesmas pembantu sebanyak 42. Posyandu berjumlah 97 buah.

Tabel 5.3. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Buru Tahun 2011

Fasilitas kesehatan	Jumlah
Rumah sakit umum	1
Puskesmas perawatan	4
Puskesmas non perawatan	6
Puskesmas keliling	9
Puskesmas pembantu	42
Rumah bersalin	27
Praktik pengobatan tradisional	226
Poskesdes	17
Posyandu	97

Sumber data : Profil Dinas Kesehatan Kab Buru tahun 2011

5.1.5. Cakupan program Kesehatan di Kabupaten Buru tahun 2011

Tabel 5.4 Cakupan Program Kesehatan kabupaten Buru Tahun 2011

Pelayanan dasar	Jumlah
Jumlah ibu hamil	3078
Kunjungan ibu hamil K1	3.033
Kunjungan ibu hamil K4	2.424
jumlah ibu bersalin	2.778
persalinan ditolong nakes	1859
jumlah ibu nifas	2.778
ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan	2.087

Sumber Profil Dinas Kesehatan kabupaten Buru tahun 2011

Pada tabel 5.4, jumlah ibu hamil 3078 orang, yang melakukan kunjungan K1 3.033 orang , sedangkan K4 sebesar 2.424 orang. Berarti ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan K 4 ada 654 orang. Sejumlah 654 orang ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan K4 wajib untuk di *sweeping*. Petugas kesehatan bekerja sama dengan kader atau kepala desa secara *door to door* mengunjungi dan mengajak ibu hamil agar memeriksakan kehamilannya. Untuk kunjungan tersebut memerlukan biaya untuk transport.

5.2. GAMBARAN PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN BURU

Peta pembiayaan Kabupaten bermanfaat untuk mengetahui sumber-sumber anggaran /biaya yang di manfaatkan untuk pembiayaan bidang kesehatan, baik yang bersumber pemerintah daerah, pemerintah propinsi, pemerintah pusat dan donor/hibah. Dalam DHA, data anggaran kesehatan yang dikumpulkan berasal dari realisasi anggaran kesehatan.

Data realisasi anggaran kesehatan pemerintah dapat dilihat dalam dokumen: 1) SPM (Surat Perintah Membayar) dari masing-masing instansi; 2) SAI (Sistem Akuntansi) dari masing-masing instansi; 3) surat pengesahan pertanggungjawaban bendahara pengeluaran (dipeoleh dari masing-masing instansi); 4) Pertanggungjawaban realisasi APBD dapat diperoleh dari DPPKAD (Dinas Pendapatan dan Pengelolaan Keuangan Asset Daerah).

Sumber data yang digunakan berasal dari beberapa SKPD/instansi di wilayah Kabupaten Buru, antara lain:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Buru
2. RSUD Kabupaten Buru
3. Bappeda Kabupaten Buru
4. BPS (Badan Pusat Statistik)
5. BPM (Badan Pemberdayaan Masyarakat)

5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru

Demi kelancaran kegiatan pelayanan kesehatan, diperlukan pembiayaan kesehatan. Sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari pemerintah maupun swasta. Di Kabupaten Buru (tabel 5.4), sumber pembiayaan (sumber anggaran) berasal dari APBN, APBD Kabupaten/Kota, donor/hibah dan rumah tangga

Pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa Sumber Anggaran dari APBD masih tertinggi yaitu 67,57%. Hal ini menunjukkan bahwa peran pemerintah masih mendominasi pembiayaan. Dari sumber pemerintah, mayoritas pembiayaan bersumber dari APBD Kabupaten Buru.

Anggaran rumah tangga adalah anggaran yang didapatkan dari pengeluaran langsung rumah tangga untuk pembiayaan kesehatan sebesar 24,35% yang terdiri dari biaya asuransi kesehatan, biaya kesehatan untuk pelayanan di puskesmas

(rawat inap dan rawat jalan) yang di hitung berdasarkan tarip puskesmas rawat inap dan rawat jalan, dan biaya rumah tangga yang di keluarkan untuk pelayanan di rumah sakit.

Tabel 5.5. Belanja Kesehatan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru

Sumber Anggaran (SB)	Jumlah	%
1 Pemerintah	**38.287.457.610**	**74.42**
SB 1.1.1 APBN	3.525.825.199	6.85
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	34.761.632.411	67.57
2 Non Pemerintah	**13.159.166.819**	**25.58**
SB 2.1 Donor/Hibah	633.649.700	1.23
SB 2.4 Rumah Tangga	12.525.517.119	24.35
Jumlah keseluruhan	**51.446.624.429**	**100**

5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru

Tabel 5.6. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru

Pengelola Anggaran (PA)	Jumlah	%
1 Pemerintah	**38,730,524,875**	**75.28**
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	241,208,000	0.47
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	13,777,695,187	26.78
PA 1.3.02 Puskesmas	9,940,647,650	19.32
PA 1.3.03 RSUD	14,069,768,536	27.35
PA 1.3.07 Kependudukan Catatan Sipil	529,805,652	1.03
PA 1.3.08 Pemberdayaan Masyarakat & Desa	82,399,850	0.16
PA 1.3.21 Unit Pemerintah Kab/Kota Lainnya	89,000,000	0.17
2 Semi Pemerintah	**190,582,435**	**0.37**
PA 2.1 PT Askes	190,582,435	0.37
3 Non Pemerintah	**12,525,517,119**	**24.35**
PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	848,411,580	1.65
PA 3.4 Rumah Tangga	11,677,105,539	22.70
Jumlah keseluruhan	**51,446,624,429**	**100**

Belanja kesehatan (Tabel 5.6) sebagian besar, yaitu 75,28% masih dikelola oleh Pemerintah, terutama oleh dinas kesehatan (26,78%) dan RSUD (27,35%).

5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru

Pelaksana program atau penyedia layanan dari seluruh pembiayaan kesehatan di kabupaten Buru, yang terbesar adalah pelayanan di Puskesmas (42,51%). Pelayanan kesehatan di Puskesmas dapat ditujukan pada perseorangan maupun masyarakat. Selanjutnya adalah RSUD (28,16%).

Tabel 5.7. Belanja Kesehatan *Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru*

Pelaksana Program (PL)	Jumlah	%
1 Pemerintah	**40,325,020,034**	**78.38**
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	13,532,119,187	26.30
PL 1.3.2 RSUD	14.486.723.695	28.16
PL 1.3.3 Puskesmas	11.604.971.650	42.51
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	701,205,502	5.14
2 Non Pemerintah	**10,267,032,815**	**19.96**
PL 2.1.9 Fasilitas Kesehatan Swasta Lainnya	10,267,032,815	19.96
3 Tidak Jelas	**848,411,580**	**1.65**
PL 3 Tidak Jelas (Tidak Dirinci Pemerintah/Non Pemerintah)	848,411,580	1.65
Grand Total	51,446,624,429	100

NTB pada tahun 2006 dan 2007, provider utama yang memanfaatkan dana kesehatan puskesmas dan rumah sakit, kecuali tiga kabupaten/ kota yang belum memiliki rumah sakit yaitu kota Bima, Sumbawa Barat dan Mataram. Dinas Kesehatan sebagai provider menunjukkan kecenderungan bahwa program pelayanan kesehatan dan administrasi/ Tata Usaha menyerap dana terbesar, sementara dana untuk promosi kesehatan cenderung rendah di semua kabupaten/ kota.

5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru

Jenis kegiatan terbagi menjadi dua, yaitu jenis kegiatan langsung dan jenis kegiatan tidak langsung. Kegiatan temuan kasus, penyemprotan *'fogging*, dan pengobatan adalah kegiatan langsung. Jenis kegiatan langsung adalah tindakan yang mempunyai intervensi secara langsung, sedangkan kegiatan tidak langsung dapat disebut pula sebagai kegiatan penunjang. Di sektor kesehatan, kegiatan langsung dibagi dua, yakni: a) kegiatan perorangan seperti pengobatan, dan perawatan individu yang sakit; b) kegiatan kesehatan masyarakat (*public health*) misalnya pemberantasan vector, promosi kesehatan, imunisasi.

Belanja kesehatan berdasarkan jenis kegiatan di kabupaten Buru 53,06 % berupa kegiatan tidak langsung. Sedangkan kegiatan langsung hanya 46,94%. Dari kegiatan langsung tersebut, 27,47% merupakan pelayanan kesehatan. Proporsi Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan hanya 0,49%.

Tabel 5.8. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru

Jenis Kegiatan (JK)	Jumlah	%
1 Tidak Langsung	**27,299,426,609**	**53.06**
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	13,638,296,018	26.51
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	455,215,500	0.88
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	300,242,000	0.58
JK 1.4 Pengelolaan Program	14,670,000	0.03
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	124,694,500	0.24
JK 1.6 Evaluasi	250,080,500	0.49
JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	6,105,545,029	11.87
JK 1.8 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis	6,410,683,062	12.46
2 Langsung	**24,147,197,820**	**46.94**
JK 2.1.01 Promosi dan penyuluhan kesehatan	265,383,280	0.52
JK 2.1.08 Supervisi dan Bimbingan Teknis	193,827,000	0.38
JK 2.1.09 Penemuan Kasus	8,360,000	0.02
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	1,250,193,600	2.43
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	326,274,120	0.63
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	252,808,350	0.49
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	7,715,937,152	15.00
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	14,134,414,318	27.47
Jumlah keseluruhan	**51,446,624,429**	**100.00**

5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru

Mata anggaran adalah jenis input yang "dibeli" oleh provider untuk melaksanakan kegiatan. Hal ini termasuk: 1) barang modal atau investai (seperti gedung, alat kesehatan, alat non-kesehatan, fellowship untuk staff); 2) biaya operasional atau biaya variable (tenaga, obat, bahan medis, bahan non-medis, makanan, listrik, telepon, air, perjalanan); 3) Biaya pemeliharaan (pemeliharaan gedung alat, pelatihan)

Tabel 5.9. Bila dilihat belanja kesehatan berdasarkan mata anggaran, besar biaya operasional 76,72%. Tetapi apabila dilihat komposisinya, ternyata 30,1% diperuntukkan gaji pegawai.

Tabel 5.9. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru

Mata Anggaran (MA)	Jumlah	%
1 Investasi	**9,535,235,160**	**18.53**
MA 1.2 Bangunan/Konstruksi	1,341,953,000	2.61
MA 1.3 Pengadaan Alat Non-Medis	2,650,860,500	5.15
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	5,542,421,660	10.77
2 Operasional	**39,471,200,923**	**76.72**
MA 2.1 Gaji	15,489,871,541	30.11
MA 2.2 Honorarium	2,898,339,117	5.63
MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	2,579,404,219	5.01
MA 2.4 Bahan Non-Medis	1,334,537,599	2.59
MA 2.5 Perjalanan	2,756,140,770	5.36
MA 2.6 Akomodasi	523,392,256	1.02
MA 2.7 Utilities (Telepon, Listrik, Air)	364,445,045	0.71
MA 2.8 Biaya Operasional Lainnya	13,525,070,376	26.29
3 Pemeliharaan	**2,440,188,346**	**4.74**
MA 3.2 Gedung/Konstruksi	1,995,884,700	3.88
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	179,481,373	0.35
MA 3.4.Pemeliharaan Alat Medis	3,109,773	0.01
MA 3.5 Pelatihan Personil	50,000,000	0.10
MA 3.6 Pemeliharaan Lainnya	211,712,500	0.41
Jumlah keseluruhan	51,446,624,429	100

5.2.6. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Buru

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

1) SPM (Permenkes No 741/2008)

2) Permendagri Nomor 59/2007 (perubahan atas Permendagri Nomor 13/2006

3) PP Nomor 38/2007

4) MDGs

Tabel 5.1 0. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Buru

Program (JK)	Total	%
1 Kesehatan Masyarakat	**3,979,323,700**	**7.73**
PR 1.01 KIA	2,122,087,760	4.12
PR 1.02 Gizi	239,603,880	0.47
PR 1.03 Imunisasi	306,380,160	0.60
PR 1.04 TBC	146,865,700	0.29
PR 1.05 Malaria	103,605,000	0.20
PR 1.06 HIV/AIDS	49,708,500	0.10
PR 1.10 Penyakit Menular Lain	286,548,120	0.56
PR 1.12 KB	115,605,000	0.22
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	208,043,300	0.40
PR 1.16 Promosi Kesehatan	367,911,280	0.72
PR 1.17 Penanggulangan Bencana	32,965,000	0.06
2 Upaya Kesehatan Perorangan	**14,867,523,730**	**28.90**
PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	1,548,440,000	3.01
PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	316,648,000	0.62
PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas masuk PR 2.1- 2.3)	12,313,355,769	23.93
PR 2.5 Jaminan Kesehatan	689,079,961	1.34
3 Capacity Building dan penunjang	**32,599,776,999**	**63.37**
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	19527226935	37.96
PR 3.2 Sistem Informasi Kesehatan	128,363,000	0.25
PR 3.3 Capacity Building	154,337,000	0.30
PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	6,167,245,062	11.99
PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	6,540,205,152	12.71
PR 3.8 Program Capacity Building/Penunjang Lainnya	82,399,850	0.16
Jumlah keseluruhan	51,446,624,429	**100.00**

Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Buru untuk Kesehatan Masyarakat7,73%, Upaya Kesehatan Perorangan 28,90%; serta Capacity Building dan penunjang 63,37%

5.2.7. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru

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

a) propinsi

b) kabupaten

c) kecamatan

d) desa atau masyarakat

Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru

Jenjang Kegiatan (JJ)	Jumlah	%
JJ 2 Provinsi	286,498,000	0.56
JJ 3 Kabupaten	39,424,533,779	76.63
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	11,663,415,150	22.67
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	72,177,500	0.14
Jumlah keseluruhan	**51,446,624,429**	**100**

Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru yang terbanyak di tingkat kabupaten yaitu 76.63%.

5.2.8. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru

Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru

Penerima Manfaat	Jumlah Belanja	%
PM.1. < 1 thn (Bayi)	1.943.261.068	3.78
PM.2. 1 - 4 thn (Balita)	4.249.512.957	8.26
PM.3. 5 - 12 thn (usia sekolah)	3.426.408.949	6.66
PM.4. 13 - 18 thn (Remaja)	3.539.193.307	6.88
PM.5. 19 - 64 thn (Produktif)	13.799.457.562	26.82
PM.6. 65 + thn (Lansia)	2.696.692.172	5.24
PM.7. Semua umur (Pasti)	21.792.098.414	42.36
Jumlah keseluruhan	**51.446.624.429**	100.00

Padahal nilai investasi pemerintah pada SDM adalah pada usia < 1 th sampai dengan remaja. Pada tabel 5.12, Penerima manfaat umur < 1 thn (Bayi) hingga remaja hanya 25,58%. Usia yang rentan terjadinya kurang gizi pada usia bayi dan balita, sehingga pada usia tersebut diperlukan perhatian khusus dari pemerintah, misalnya terhadap penimbangan balita, imunisasi lengkap, revitalisasi posyandu.

5.2.9. Peta Pembiayaan Berdasarkan Program/Masalah Kesehatan Spesifik di Kabupaten Buru

a) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru

Salah satu prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014, menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Target angka kematian ibu turun dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2008) menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2014), selanjutnya akan menurun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Untuk menurunkan angka kematian ibu diperlukan upaya promotif dan preventif.

Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Buru

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	%
SB 1.1.1 APBN	598,269,760	28.20
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	1,141,739,000	53.80
SB 2.1 Donor/Hibah	382,079,000	18.00
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100

Kontribusi terbesar untuk program KIA berasal dari APBD Kabupaten adalah 53,80% dari Rp 2.122.087.760, sedangkan APBN 28,20% (tabel 5.13).

b) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru

Belanja kesehatan program KIA berdasarkan Pengelola Anggaran yang terbesar di dinas kesehatan (65.88%). Ini menunjukkan bahwa program KIA masih di dominasi oleh kegiatan tidak langsung, yang lebih banyak ke kegiatan manajerial.

Kegiatan KIA di puskesmas hanya berkisar 26.30%. Berdasarkan pengelola anggaran, seharusnya yang terbanyak berada di puskesmas, karena yang melakukan kegiatan program kesehatan ibu dan anak adalah puskesmas.

Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Buru

Pengelola Anggaran (PA)	Jumlah	%
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	40,255,000	1.90
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	1,398,057,000	65.88
PA 1.3.02 Puskesmas	558,014,760	26.30
PA 1.3.07 Kependudukan Catatan Sipil	125,761,000	5.93
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100.00

c) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Pelaksana Anggaran di Kabupaten Buru

Tabel 5.15 Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Pelaksana Program di Kabupaten Buru

Pelaksana Program	Jumlah	%
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	1,056,233,000	49.77
PL 1.3.3 Puskesmas	940,093,760	65.88
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	125,761,000	5.93
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100.00

Pada tabel 5.15, belanja kesehatan berdasarkan pelaksana program KIA yang tertinggi berada di puskesmas 65.88 %, sedangkan Dinas kesehatan 49.77 %. Bila kita lihat pula pada tabel 5.16, jenis kegiatan untuk program KIA yang terbanyak masih berupa pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur alat medis. Untuk pemberdayaan masyarakat baru mencapai 4,48%.

d) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Buru

Jenis Kegiatan KIA	Jumlah	%
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	197,847,000	9.32
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	94,811,000	4.47
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	56,234,500	2.65
JK 1.6 Evaluasi	131,885,500	6.21
JK 2.1.08 Supervisi dan Bimbingan Teknis	36,427,000	1.72
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	558,014,760	26.30
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	95,036,000	4.48
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	951,832,000	44.85
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100.00

Belanja Kesehatan Program KIA berdasarkan jenis kegiatan, sebagian besar digunakan untuk Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis (44,85%). Sedangkan untuk pelaksanaan program hanya 26,30%, dan untuk pemberdayaan masyarakat hanya 4,48%. Seharusnya belanja kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan program dan pemberdayaan masyarakat mendapatkan porsi yang lebih besar.

e) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru

Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Buru

Mata Anggaran (MA)	Jumlah	%
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	994,959,277	46.89
MA 2.2 Honorarium	8,880,000	0.42
MA 2.4 Bahan Non-Medis	186,335,812	8.78
MA 2.5 Perjalanan	815,734,925	38.44
MA 2.6 Akomodasi	112,358,028	5.29
MA 2.7 Utilities (Telepon, Listrik, Air)	1,856,000	0.09
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	813,102	0.04
MA 3.4.Pemeliharaan Alat Medis	1,150,616	0.05
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100.00

Bila dilihat dari belanja kesehatan program KIA berdasarkan Mata Anggaran Rp 994.959.277 (46,89%) digunakan untuk belanja alat medis, sedangkan untuk perjalanan 38,44%.

f) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru

Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Buru

Jenjang Kegiatan (JJ)	Jumlah	%
JJ 1 Pusat	0	0
JJ 2 Provinsi	40,255,000	1.90
JJ 3 Kabupaten	1,191,208,000	56.13
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	818,447,260	38.57
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	72,177,500	3.40
Jumlah keseluruhan	2,122,087,760	100.00

Kegiatan program KIA 56,13% dilaksanakan di kabupaten. Hal ini menunujukkan bahwa kegiatan tersebut lebih mengarah ke kegiatan tidak langsung. Kegiatan tidak langsung di kabupaten biasanya lebih banyak untuk kegiatan manajerial dan koordinasi. Kegiatan di puskesmas ataupun di kecamatan sebesar 38,57%, sedangkan di desa/kelurahan hanya 3,40%.

Dari hal tersebut di atas, menunnjukkan bahwa komitmen pemerintah terhadap keberhasilan program KIA masih kurang. Padahal pemerintah akan menurunkan kematian ibu turun dari 228 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2008) menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2014), selanjutnya akan menurun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

g) Peta Pembiayaan Program/Masalah Kesehatan Spesifik Daerah (KIA) Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru

Tabel 5.19, tampak bahwa nilai investasi pemerintah pada sumber daya manusia mulai usia kurang dari satu tahun sampai dengan usia remaja. Dari hasil

penelitian ini penerima manfaat pada usia <1 tahun sampai dengan usia produktif hanya 23,94 %. (PM 2 dan PM 5).

Pada balita yang perlu menjadi perhatian adalah gizi, dan imunisasi. Bila kita cermati pada Tabel 5.18, Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan, kegiatan di jenjang puskesmas hanya 38,57%, dan di tingkat desa/masyarakat 3,40%. *Awareness* stakeholder untuk program KIA masih sangat kurang.

Tabel 5.19. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Buru

Penerima Manfaat (PM)	Jumlah	%
PM 2. 1 - 4 tahun (balita)	319,064,500	15.04
PM 5. 19 - 64 tahun (usia produktif)	188,775,500	8.90
PM 7. Semua Umur (pasti)	1,614,247,760	76.07
Total Keseluruhan	2,122,087,760	100.00

5.2.10. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja

Tabel 5.20. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja Kabupaten Buru

Kategori	Tidak Langsung		Langsung	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Investasi	-	-	951.832.000	93.69
Operasional	64.146.000	6.31	-	-
Pemeliharaan	0	0	0	0

Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja (tabel 5.20), yang terbesar berada di kategori investasi, yaitu 93,69%. Biaya operasional 6,31% yang digunakan untuk kegiatan tidak langsung. Hal ini menunjukkan bahwa pembiayaan berbasis kinerja dari kabupaten Buru masih di fase *start up*.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 KESIMPULAN

1. Belanja kesehatan sebagian besar masih bersumber dari pemerintah, APBD Kabupaten Buru
2. Belanja kesehatan berdasarkan jenis kegiatan, kegiatan langsung maupun kegiatan tidak langsung hampir seimbang walaupun masih didominasi oleh kegiatan tidak langsung
3. Belanja kesehatan berdasarkan jenis program, untuk program kesehatan masyarakat masih sangat kecil, terutama untuk program KIA, Gizi, imunisasi, KB
4. Belanja kesehatan berdasarkan penerima manfaat terutama untuk bayi dan balita masih rendah
5. Perhatian Pemerintah terhadap program KIA masih sangat kurang

6.2 REKOMENDASI

1. Belanja kesehatan yang bersumber dari non pemerintah, terutama dari rumah tangga perlu ditingkatkan
2. Belanja kesehatan untuk kegiatan langsung perlu ditingkatkan, terutama untuk promosi dan penyuluhan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan
3. Belanja kesehatan berdasarkan jenis program perlu ditingkatkan terutama untuk program kesehatan masyarakat, KIA,Gizi, imunisasi, KB.
4. Belanja kesehatan berdasarkan penerima manfaat terutama untuk bayi dan balita masih rendah

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.

Prijono Tjiptoherijanto. Budhi Soesetyo. 2008. Ekonomi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta

Guide To producing National Health Accounts. World Bank. World Health Organization. USAID. 2003

BUPATI BURU

KEPUTUSAN BUPATI BURU
NOMOR ....TAHUN 2012

TENTANG

PEMBENTUKAN LEMBAGA DAN KELOMPOK KERJA PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) KABUPATEN BURU TAHUN 2012

BUPATI BURU

Menimbang :

a. Bahwa untuk memperoleh data dan informasi yang akurat untuk kepentingan menilai, mengevaluasi dan memotret kebijakan anggaran di bidang kesehatan secara lintas sector, perlu adanya lembagadan kelompok kerja yang melakukan perhitungan pembiayaan kesehatan (District Health Account);
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a. Perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang pembentukan lembaga dan kelompok kerja perhitungan pembiayaan kesehatan daerah (District Health Account) Kabupaten Buru Tahun 2012;

Mengingat :

1. Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang pembentukan peraturan perundang – undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 53, tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4589);
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 beberapa kali di ubah terakhir dengan Undang – Undang Nomor 12 tahun 2008 tentang perubahan kedua Atas Undang – Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144);
4. peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang pembagian Urusan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang standar pelayanan minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kota;
6. Pemerintah Daerah Kabupaten Buru Nomor 4 Tahun 2008 tentang Urusan pemerintah yang menjadi kewenangan

kabupaten Buru (Lembaran Daerah Kabupaten Buru tahun 2004 Nomor 4, Tambahan lembaran Daerah Kabupaten Buru Tahun 2008 Nomor 0024);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Membentuk Lembaga dan Kelompok kerja perhitungan pembiayaan kesehatan Daerah (District Health Account) Kabupaten Buru Tahun 2012.

KEDUA : Lembaga sebagaimana dimaksud dictum KESATU berkedudukan dibadan perencanaan pembangunan Daerah kabupaten Buru dengan fungsi – fungsi teknis dibidang kesehatan dilaksanakan oleh kelompok kerja.

KETIGA : Kelompok kerja sebagaimana dimaksud dictum KESATU terdiri dari Tim teknis yang melakukan tugas menghimpun, menganalisa, mengolah dan menginterpretasi data – data yang berkenaan dengan biaya kesehatan dan memberikan rekomendasi berupa input kepada para pengambil keputusan pelaksanaan anggaran kesehatan sesuai hasil kajian dan analisa data dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

KEEMPAT : Dalam melaksanakan tugas, kelompok kerja bertanggung jawab kepada Bupati Buru.

KELIMA : Segala biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya keputusan ini dibebankan pada bantuan yang sah dari pihak – pihak pemangku kepentingan dalam pelaksanan kegiatan District Health Account (DHA).

KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan akan ditinjau kembali apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di Namlea
Pada Tanggal 2012

BUPATI BURU

RAMLY .I. UMASUGI. S.Pi.MM

Lampiran : Keputusan Bupati Buru
Nomor : .....
Tanggal :.....

Susunan tim kerja (POKJA) DHA
PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH
KABUPATEN BURU TAHUN 2012

No	Jabatan Struktural	Jabatan Dalam TIM	Keterangan
1	2	3	4
1	Bupati Buru	Pembina	
2	Wakil Bupati Buru	Pembina	
3	Sekretaris Daerah Kab. Buru		
4	Kepala Bappeda Kab. Buru	Ketua	
5	Kepala Dinas Kesehatan Kab. Buru	Sekretaris	
6	Direktur Rumah Sakit Daerah Kab. Buru	Anggota	
7	Kasubag Perencanaan Dinas Kesehatan Kab. Buru	Anggota	
8	Staf Subag Perencanaan Dinas Kesehatan Kab. Buru (Djumadi Sukadi,.SE	Anggota	
9	Staf Keuangan Dinkes Kab. Buru (Lutfi Buton, SE)	Anggota	
10	Staf Badan Pusat Statistik Kab. Buru (Amalia Noviani, SST)	Anggota	
11	Staf RSUD Namlea Kab. Buru (Marni Saimima, SE)	Anggota	
12	Staf Bidang Sosial Budaya Bappeda Kab. Buru (Bagus Mulyadi)	Anggota	

BUPATI BURU

RAMLY.I. UMASUGI, S.Pi.MM

Dokumentasi DHA di kabupaten Buru

Foto 1. Lokakarya penyampaian hasil DHA bersama dengan Stakeholder terkait di Kabupaten Buru

Foto 2. Paparan Lokakarya dari Wakil Bupati Kabupaten Buru

Foto 3. Lokakarya di Kabupaten Buru

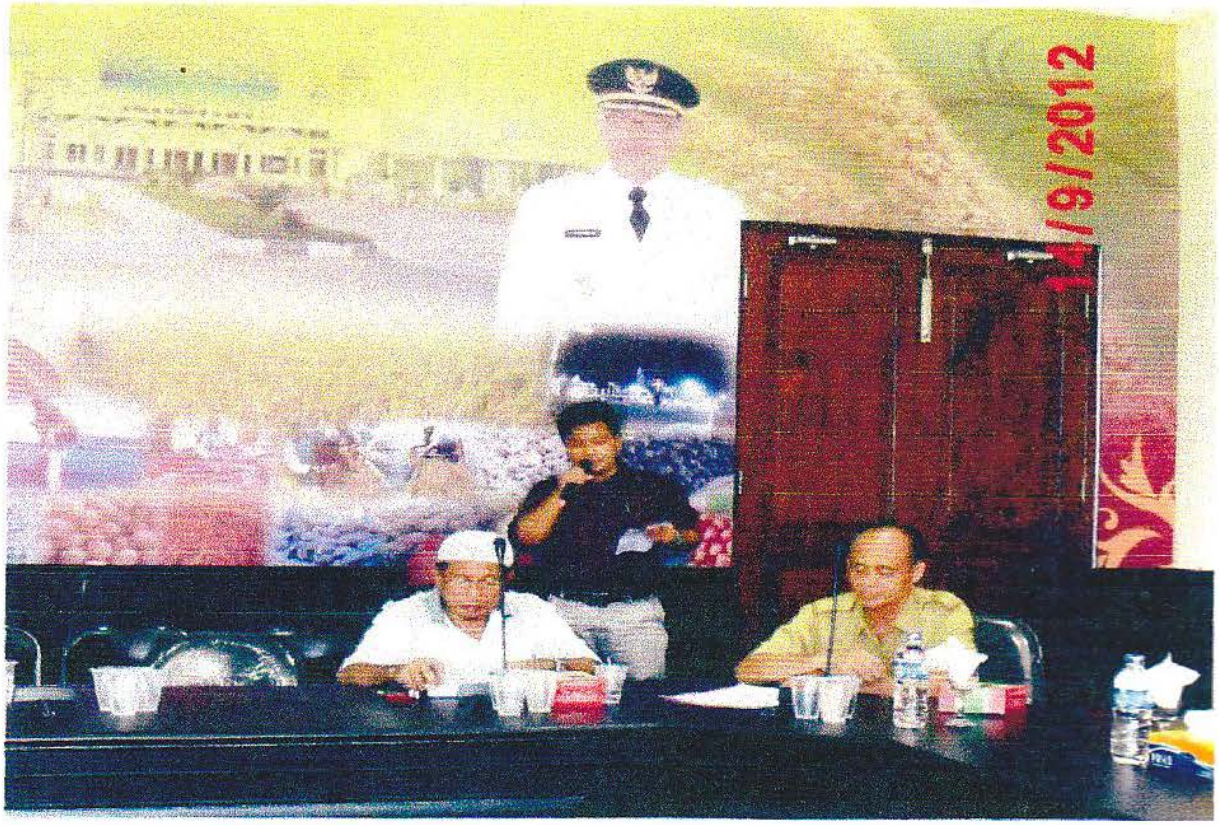


Foto 4. Salah satu peneliti memberikan penjelasan terkait hasil DHA di Kabupaten Buru