

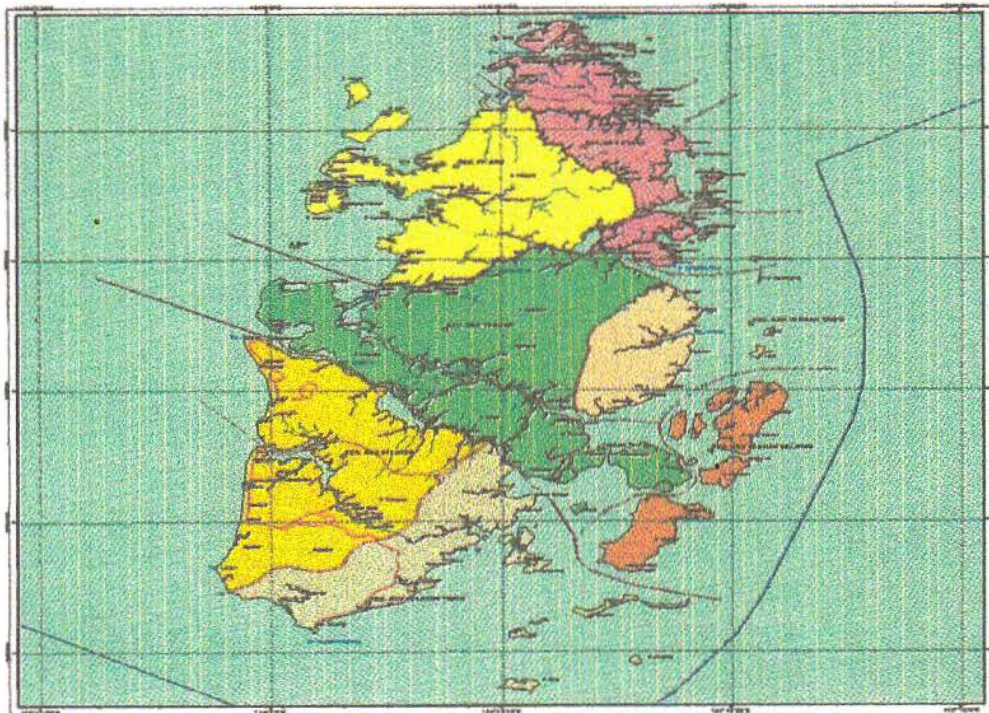
PS4

59

Surabaya



**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN KABUPATEN
KEPULAUAN ARU PROPINSI MALUKU**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TAHUN 2012**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal :

26-6-013

No. Induk :

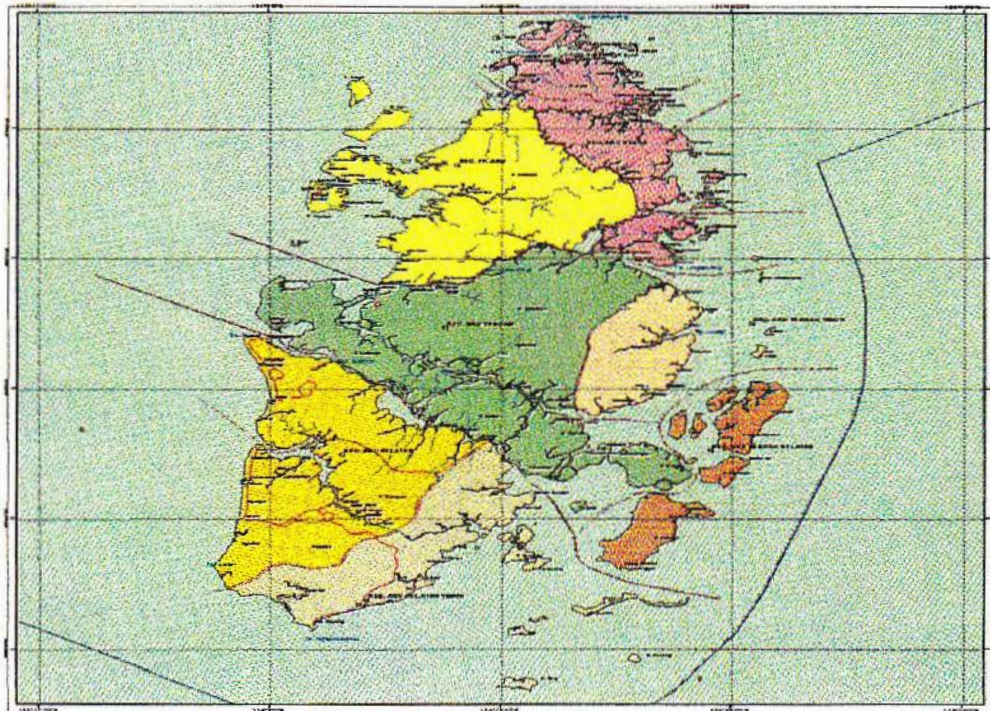
184

No. klas :

59



**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN KABUPATEN
KEPULAUAN ARU PROPINSI MALUKU**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN, DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TAHUN 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

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
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR TABEL	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.1.1. Permasalahan Penelitian	3
1.1.2. Topik Penelitian	3
1.1.3. Pertanyaan Penelitian	4
1.1.4. Manfaat Penelitian	4
1.2. TUJUAN PENELITIAN	5
1.2.1. Tujuan Umum	5
1.2.2. Tujuan Khusus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	6
2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan	6
2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan	7
2.4 Kebijakan Fiskal dan Moneter	7
2.5. <i>District Health Account</i>	10
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	12
3.1. Kerangka Konsep	12
3.2. Definisi Operasional	13
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	14
4.1. Disain Penelitian	14
4.2. Jenis Penelitian	14
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian	14
4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi	15
4.5. Variabel Penelitian	15
4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	16
4.7. Tahapan Penelitian	16
4.8. Manajemen Data	16
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	18
5.1. GAMBARAN UMUM	18
5.1.1. Letak Geografis	18

5.1.2.	Distribusi Penduduk Menurut Umur	19
5.1.3.	Keadaan Ekonomi	20
5.1.4.	Sarana Pendidikan	21
5.1.5.	Fasilitas Kesehatan yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru	22
5.1.6.	Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat	23
5.1.7.	Tenaga Kesehatan	23
5.1.8.	Permasalahan Kesehatan	24
5.1.9.	Capaian Program Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	25
5.2.	PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN KEPULAUAN ARU	25
5.2.1.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Pembiayaan	27
5.2.2.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran	28
5.2.3.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Layanan	29
5.2.4.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan	30
5.2.5.	Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran	31
5.2.6.	Peta Anggaran Berdasarkan Program Kegiatan	32
5.2.7.	Peta Anggaran Berdasarkan Jenjang Kegiatan	34
5.2.8.	Peta Anggaran Berdasarkan Penerima Manfaat	35
5.3.	PETA PEMBIAYAAN BERDASARKAN BANTUAN/DONOR	36
5.3.1.	Global Fund untuk Tuberkulosis	36
5.3.2.	Global Fund untuk Penyakit Malaria	37
5.3.3.	Global Fund untuk Penyakit HIV - AIDS	38
5.4.	PETA PEMBIAYAAN UNTUK MASYARAKAT MISKIN	40
5.4.1.	Pembiayaan untuk Jamkesmas dan Jampersal	40
5.4.2.	Pembiayaan untuk Bantuan Operasional Kesehatan	41
5.5.	PETA PEMBIAYAAN BERDASARKAN MASALAH SPESIFIK	43
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	45
6.1.	Kesimpulan	45
6.2.	Saran	46
	DAFTAR PUSTAKA	47
	LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan	12
Gambar 5.1. Pembiayaan berdasarkan mata anggaran di kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	31
Gambar 5.2. Peta Pembiayaan berdasarkan jenjang kegiatan di kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	34
Gambar 5.3. Alokasi Global Fund TB tahun 2011	37
Gambar 5.4. Alokasi Global Fund eliminasi Malaria tahun 2011	37
Gambar 5.5. Alokasi Global Fund kegiatan HIV-AIDS tahun 2011	39
Gambar 5.6. Alokasi realisasi pembiayaan Jamkesmas dan jampersal	40
Gambar 5.7. Alokasi realisasi pembiayaan Rw.Inap dan Rw.jalan di RSUD	41
Gambar 5.8. Pemanfaatan Dana BOK tahun 2011	42
Gambar 5.9. Peta Pembiayaan MA Gizi tahun 2011	44

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Definisi Operasional Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan	13
Tabel 4.1.	Tempat Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan	14
Tabel 4.2.	Sumber Informasi dan Data Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan	15
Tabel 5.1.	Distribusi Penduduk Menurut Umur di Kab. Kep. Aru	19
Tabel 5.2.	Alokasi Anggaran Kesehatan Kab. Kep. Aru Tahun 2011	21
Tabel 5.3.	Sarana Pendidikan Di Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2009/2010	22
Tabel 5.4.	Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011	22
Tabel 5.5.	Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011	23
Tabel 5.6.	Cakupan Program Kesehatan Tahun 2011	25
Tabel 5.7.	Anggaran kesehatan tahun 2011	26
Tabel 5.8.	Belanja Kesehatan berdasarkan Sumber Pembiayaan Tahun 2011	27
Tabel 5.9.	Belanja Kesehatan Rumah Tangga Kabupaten Kepulauan Aru, Susenas 2010	28
Tabel 5.10.	Belanja Kesehatan Menurut Pengelola Anggaran Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	28
Tabel 5.11.	Belanja Kesehatan Menurut Penyedia Layanan Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	29
Tabel 5.12.	Belanja Kesehatan Menurut Jenis Kegiatan Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	30
Tabel 5.13.	Belanja Kesehatan Menurut Mata Anggaran Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	32
Tabel 5.14.	Belanja Kesehatan Menurut Program Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	33
Tabel 5.15.	Belanja Kesehatan Menurut Jenjang Kegiatan Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	35
Tabel 5.16.	Belanja Kesehatan Menurut Penerima Manfaat Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011	35
Tabel 5.17.	Peta Pembiayaan dari Negara Donor	36
Tabel 5.18.	Peta Pembiayaan global fund untuk eliminasi Malaria	38
Tabel 5.19.	Pembiayaan dari Komisi Penanggulangan AIDS	39
Tabel 5.20.	Pemanfaatan pembiayaan BOK	43
Tabel 5.21.	Peta Pembiayaan berdasarkan program/masalah kesehatan spesifik di kabupaten Kepulauan Aru (program kes.lingkungan)	44

BAB 1

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 di antara 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 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 (Linda 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 masuk 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 pemerintah pusat (APBN, DAK), Bantuan luar negeri (PHLN), dan lain-lain yang berada di sektor-sektor lain.

1.1.3. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian diatas, maka pertanyaan penelitian adalah :

- 1) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011?
- 2) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah/swasta di Kabupaten tahun 2011?
- 3) Bagaimana proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (Out Of Pocket) dari hasil SUSENAS tahun 2010 di Kabupaten Kepulauan Aru .?
- 4) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten Kepulauan Aru ?
- 5) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Kepulauan Aru?
- 6) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru?
- 7) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di DBK?
- 8) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupaten Aru?
- 9) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Kepulauan Aru?
- 10) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Kepulauan Aru?
- 11) Bagaimana peta anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Kepulauan Aru?
- 12) Bagaimana kelembagaan DHA di Kabupaten Kepulauan Aru ?

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 Kemkes 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)

12. TUJUAN PENELITIAN

12.1. Tujuan Umum

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

12.2. 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 Kepulauan Aru
- 5) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Kepulauan Aru
- 6) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru
- 7) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di Kabupaten Kepulauan Aru
- 8) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupate Aru Aru
- 9) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Kepulauan Aru
- 10) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Kepulauan Aru
- 11) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Kepulauan Aru
- 12) Membangun kelembagaan DHA di Kabupaten Kepulauan Aru

BAB 2

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.

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

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

$$KF= \frac{\text{Jumlah penduduk miskin}}{\text{Jumlah penduduk miskin}}$$

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 ($\text{indeks} > 2$) 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. DISTRICT HEALTH ACCOUNT

Tujuan sistem kesehatan nasional adalah meningkatkan dan memelihara status kesehatan penduduk, reponsif terhadap kebutuhan non medis penduduk dan mewujudkan keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Untuk mencapai tujuan tersebut, sistem kesehatan perlu melaksanakan 4 fungsi utama. Salah satu fungsi adalah pembiayaan (*health financing*), di samping fungsi *stewardship*, mobilisasi sumber daya (investasi dan pendidikan/pelatihan SDM) dan penyediaan pelayanan kesehatan (WHO,2000).

Untuk konteks kabupaten/kota, pembiayaan kesehatan dapat berasal dari sumber pemerintah dan non pemerintah. Anggaran kesehatan yang bersumber pemerintah juga dapat berasal dari tingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota. Setiap sumber pembiayaan tersebut harus mengikuti kebijakan desentralisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pembiayaan non pemerintah dapat berasal dari belanja perusahaan untuk kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Dalam prakteknya pembiayaan untuk kabupaten/kota banyak mengalami permasalahan, antara lain kecenderungan anggaran tersebut di gunakan untuk belanja fisik, kurang untuk biaya operasional dan kecenderungan pemerintah daerah menggratiskan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, realisasi anggaran yang terlambat dan sebagainya. Kebijakan pelayanan gratis tersebut pada masa sekarang jelas tidak bisa di terapkan oleh sebagian besar daerah di Indonesia, karena hanya daerah dengan PAD yang cukup tinggi yang bisa terbiyai.

Keterlambatan realisasi anggaran sudah menjadi pengetahuan umum dan telah berlangsung kronis. Dampak terhadap kinerja program besar sekali, sehingga pengelola program cenderung memilih kegiatan yang cepat penyerapannya namun kurang efektif terhadap program. Dalam teori dan pengalaman empiris, kinerja suatu program kesehatan sangat di tentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung. Berbagai permasalahan tersebut dapat di deteksi dan diketahui

melalui pelaksanaan *District Health Account* (DHA) di tingkat kabupaten, serta kesehatan pemerintah. berguna untuk kebijakan pembiayaan kesehatan daerah untuk menyusun anggaran tahunan kesehatan pemerintah. Sehingga dalam pelaksanaan DHA, perlu di perjelas mengenai batasan biaya yang termasuk sebagai belanja/anggaran kesehatan. Demarkasi mana yang tergolong belanja kesehatan dan mana yang bukan sangat penting dalam *Health Account*.

Dalam *Health Account* akan menjawab delapan (8) pertanyaan dasar yaitu: 1) darimana sumber pembiayaan tersebut, 2) siapa yang mengelolanya, 3) siapa yang di bayar oleh pengelola tersebut, 4) fungsi apa yang di lakukan, 5) jenis input apa yang di beli untuk melakukan fungsi tersebut, 6) kedalam kelompok program apa fungsi tersebut dapat di golongankan, 7) pada jenjang apa fungsi tersebut di laksanakan dan 8) kelompok penduduk mana yang mendapat manfaat dari pembiayaan tersebut.

DHA akan menghasilkan data yang dapat di pergunakan 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 investasi dan kegiatan yang lebih "*cost effective*", (d) mengembangkan sistem asuransi dll.

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

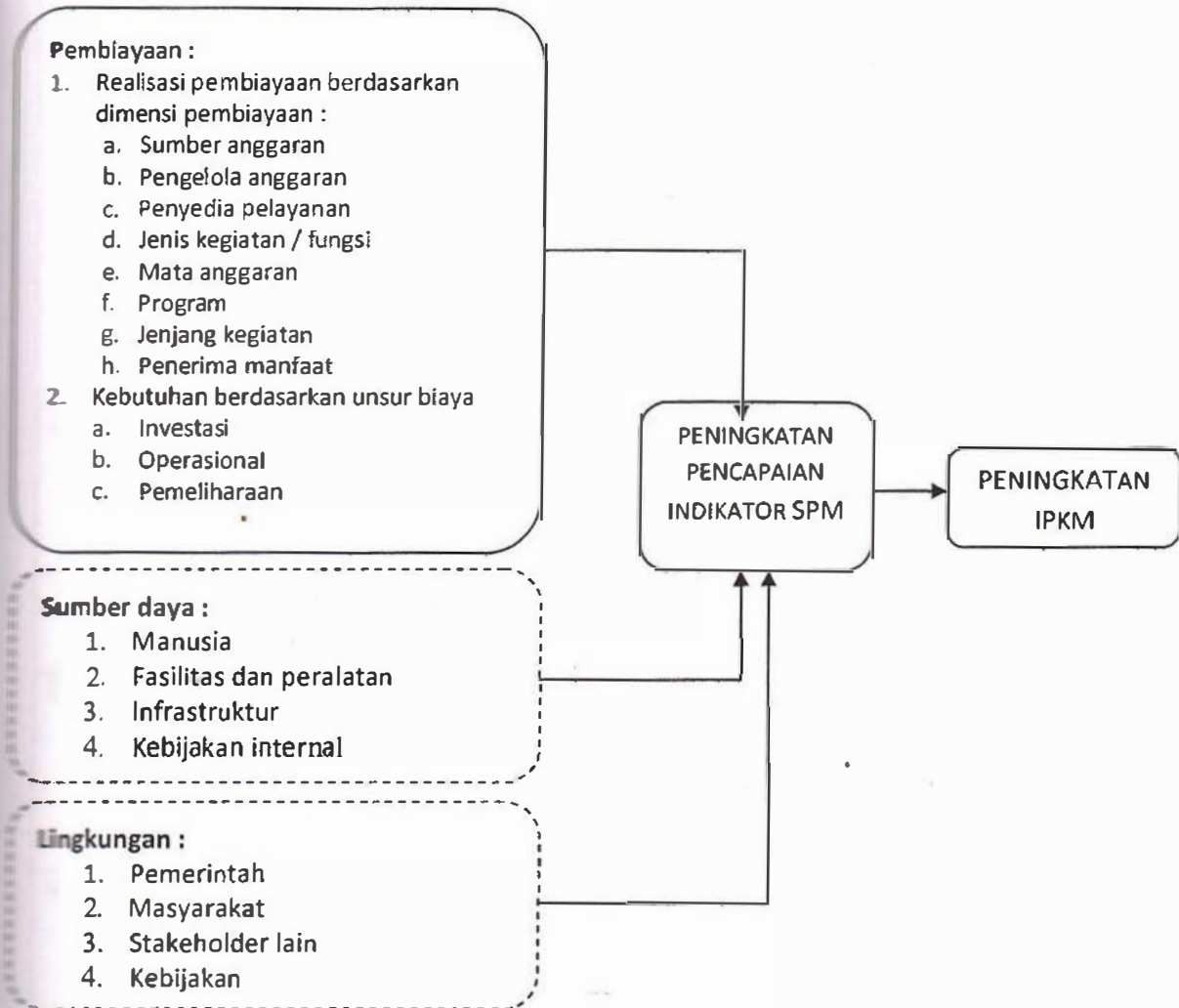
Output DHA dapat digunakan untuk memonitor dan evaluasi pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Kalau DHA dilakukan secara regular (setiap tahun), dapat diketahui kecendrungan (trend) pembiayaan kesehatan dalam periode waktu tertentu. Hasil DHA juga dapat dipergunakan untuk membandingkan pembiayaan antar Kabupaten/Kota. DHA juga diperlukan untuk membantu pelaksanaan NHA (*National Health Account*).

Kegunaan lebih praktis dari hasil DHA adalah memperbaiki pembiayaan kesehatan kabupaten/kota, sehingga pembiayaan kesehatan lebih efektif, efisien dan berkeadilan. Agar dapat memanfaatkan hasil DHA, maka perlu dipahami kelemahan/masalah yang ada dalam system pembiayaan kesehatan kabupaten/kota.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3. 1. Kerangka Konsep



Keterangan :

— : tidak diteliti

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan

3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan

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 2 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 3 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)MDG's
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 danjasa 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 Surveillance 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 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan disain "*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 aktivitas diantaranya adalah pengumpulan data, 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 Tempat Penelitian Studi Pembiayaan 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
2.	III	Maluku Utara	Halmahera Tengah	0,425
			Halmahera Timur	0,439

Waktu penelitian : Januari s/d Desember 2012 (12 bulan).

4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi

Unit analisis adalah kabupaten Kepulauan Aru. Sumber informasi dan data dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2 Sumber Informasi dan Data Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan

Kabupaten	Sumber Informasi dan Data	
	Pemerintah	Non Pemerintah
Kepulauan Aru	<ol style="list-style-type: none">1. Dinas Kesehatan2. RSUD3. Bappeda : Bapermas4. BKKBN5. Global Fund6. Jamkesmas7. Jampersal8. PT. Askes9. Dekon Provinsi10. BOK11. Profil Kabupaten 2011	<ol style="list-style-type: none">1. Rumah Tangga

4.5. Variabel Penelitian

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah

1. Pembiayaan kesehatan secara umum
 - 1) Sumber anggaran
 - 2) Pengelola anggaran
 - 3) Penyedia pelayanan
 - 4) Jenis kegiatan/fungsi
 - 5) Mata anggaran
 - 6) Program
 - 7) Jenjang kegiatan
 - 8) 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 atau program.

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 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum

5.1.1. Letak Geografis

Kabupaten Kepulauan Aru merupakan kabupaten pemekaran berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2003, dan diresmikan oleh Menteri Dalam Negeri tanggal 7 Januari 2004. Kabupaten Kepulauan Aru terdiri dari 547 Pulau (89 Pulau dihuni dan 458 Pulau tidak dihuni) dan memiliki 3 pulau besar (Pulau Wokam, Kobror dan Trangan), dan 8 Pulau diantaranya merupakan pulau kecil terluar antara lain : Arapula (tidak berpenghuni); Karawaiala (tidak berpenghuni); Panambulai (berpenghuni 349 jiwa); Kultubai Utara (tidak berpenghuni); Kultubai selatan (tidak berpenghuni); Karang (tidak berpenghuni); Enu (tidak berpenghuni) ; Batu goyang (berpenghuni), yang berbatasan dengan Negara Tetangga (Pepres Nomor 78 tahun 2005). Kabupaten Kepulauan Aru berjumlah 85.825 jiwa (Profil DinKes Kab Kep Aru th 2011). Dengan jumlah rumah tangga sebanyak 15.912 yang berada di 7 Kecamatan, 117 Desa, 2 Kelurahan.

Kabupaten Kepulauan Aru dengan karakteristik kepulauan memiliki luas wilayah ± 55.270,22 Km² yang terdiri dari 6.425,77 km² luas daratan dan 48.070 km² luas lautan (7,6 kali luas daratan).

Menurut *Astronomi* Kabupaten Kepulauan Aru terletak antara 5° sampai 8° Lintang Selatan dan 133,5⁰ sampai 136,5⁰ Bujur Timur. Sedangkan letak menurut *Geografis* Kabupaten Kepulauan Aru dibatasi oleh :

- Sebelah Selatan : Laut Arafura,
- Sebelah Utara : Bagian Selatan Irian Jaya
- Sebelah Timur : Bagian Selatan Irian Jaya
- Sebelah Barat : Bagian Timur Pulau Kei Besar dan Laut Arafura.

Dengan *Topografi* daerah pada umumnya datar dan pesisir pantainya berawa-rawa. Berdasarkan peta Geologi Indonesia (1965), Pulau/Kepulauan Aru terbentuk dan tersusun dari tanah dan batuan yang tercatat sebanyak 2 jenis Tanah (*Podzolik dan Rensina*) dan 5 Jenis Batuan (*Neogen, Aluvium Undak, Terumbul Coral, Paleozoikum, Seklis Habluk*).

Iklim dipengaruhi oleh Laut Banda, Laut Arafura dan Samudera Indonesia juga dibayangi oleh Pulau Irian di Bagian Timur dan Benua Australia di Bagian Selatan sehingga sewaktu-waktu terjadi perubahan iklim. Keadaan Musim Timur berlangsung dari bulan April

sampai Oktober (Musim Kemarau), sedangkan Musim Barat berlangsung dari bulan Oktober sampai Pebruari (Musim Hujan).

5.1.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur

Menurut data kependudukan tahun 2011 jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru sebanyak 85.825 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk tercatat 13 jiwa/km².

Kecamatan (Profil Dinkes Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011)

Sedangkan jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2009 Menurut Buku Kepulauan Aru Dalam Angka tahun 2009 (BPS Kabupaten Kepulauan Aru) sebanyak 81.706. Pada tahun 2008 jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru sebanyak 80.141 jiwa, pada tahun 2007 jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru sebanyak 77.986 jiwa dan tahun 2011 berjumlah 85.825 jiwa.

Perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki perempuan Kabupaten Kepulauan Aru pada tahun 2011 adalah penduduk laki-laki lebih banyak daripada jumlah penduduk perempuan. Jumlah penduduk menurut jenis kelamin terlihat pada tabel 5.1. berikut.

Tabel .5.1. Distribusi penduduk Menurut Umur di Kab Kep.Aru

NO	KELOMPOK UMUR (TAHUN)	JUMLAH PENDUDUK	
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN
1	0 – 4	6.116	5.904
2	5 – 14	11.105	9.261
3	15 – 44	20.498	19.537
4	45 – 64	5.784	5.281
5	>65	1.067	1.274
JUMLAH		44.570	41.255

Sumber / Source : Profil Dnkes Kab Kepulauan Aru tahun 2011

Dari tabel 5.1. , jumlah penduduk laki-laki dan penduduk wanita terbanyak pada usia 15-44 tahun yang jumlahnya hampir sama, atau dari jumlah penduduk di Kabupaten Kepulauan Aru terbanyak pada usia produktif (remaja) hal ini menunjukkan bahwa pada era reformasi pertumbuhan penduduk melaju dengan cepatnya terlihat jumlah kenaikan penduduk dari usia 5-14 tahun, secara keseluruhan jumlah penduduk laki-laki lebih banyak di banding laki-laki.

5.1.3. Keadaan Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Kepulauan Aru adalah interaksi dari tiap-tiap sektor ekonomi. Sektor pertanian untuk tanaman pangan yakni padi dan palawija pada tahun 2008 dan 2009 mengalami penurunan menjadi 2,55 ton dan 2,44 ton perhektar. Produksi hortikultural mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Cabai mengalami peningkatan pada tahun 2009=105,7 ton. Tanaman perkebunan juga mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2006 ke tahun 2007 produksi kelapa meningkat dan terus bertambah sampai tahun 2009 yaitu sebanyak 26,292 ton.

Sektor peternakan Kabupaten Kepulauan Aru terutama yang mengalami peningkatan produksi adalah daging babi. Pada tahun 2009 babi masih menghasilkan produksi daging tertinggi sebesar 16.440 ton

Perikanan juga mengalami peningkatan, sektor ini merupakan tulang punggung perekonomian rakyat yang masih tergantung pada penyediaan hasil alam. Data dari Dinas Perikanan dan Kelautan mencatat sejumlah hasil laut baik ikan maupun non ikan di wilayah Kepulauan Aru selama kurun waktu 2009 yaitu ikan tenggiri dan ikan kakap merah adalah jenis ikan yang memiliki nilai ekonomis dengan nilai tertinggi yaitu Rp. 16.523.650 dan Rp. 13.140.000. Begitu pula nilai produksi non ikan seperti teripang dan lobster yang mencapai angka Rp. 62.010.000.000 dan Rp. 31.288.000.000.

Sektor kehutanan pada tahun 2009 ditunjukkan dengan hasil kayu yang diproduksi, yaitu kayu rimba.

Adapun anggaran kesehatan pada tahun 2011 yang teralokasikan sebagaimana pada tabel 5.2 sebagai berikut.

Tabel 5.2..Alokasi Anggaran Kesehatan Kab.Kep.Aru tahun 2011

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:		
1	APBD KAB/KOTA	30,956,078,820	75.42
	a. Belanja Langsung	15,298,555,160	37.27
	b. Belanja Tidak Langsung	15,657,523,660	38.15
2	APBD PROVINSI	-	0.00
3	APBN :	10,089,798,750	24.58
	- Dana Dekorisentrisasi	-	0.00
	- Dana Alokasi Khusus (DAK)	4,675,800,000	11.39
	- ASKESKIN (Jamkesmas dan Jampersal)	753,918,750	1.84
	- TP (Tugas Pebantuan) (BOK)	4,660,080,000	11.35
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	-	0.00
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN	-	0.00
		41,045,877,570	100.0

Sumber Data:Profil Dinas Kesehatan Kab.Kepulauan Aru tahun 2011

Tabel 5.2. diatas merupakan anggaran yang di kelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011 yang bersumber dari APBDKabupaten sebesar 75,42 % yang terinci dari kegiatan langsung dan tidak langsung. Disamping sumber penganggaran dari kabupaten, juga mendapatkan anggaran dari pusat atau APBN yang pemanfaatannya untuk program peningkatan kesehatan masyarakat yaitu anggaran Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebesar 4.660.080.000,- dan anggaran alokasi khusus (DAK) dan anggaran untuk masyarakat miskin atau ASKESKIN berupa program Jamkesmas dan Jampersal.

5.1.4.Sarana Pendidikan

Jumlah Sarana Pendidikan yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru menurut tingkatan pendidikan yaitu 6 Taman Kanak-Kanak, 141 Sekolah Dasar, 37 SMP, serta 13 SMU/SMK. Jumlah presentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang melek huruf sangat kecil yaitu 0,15%

Tabel 5.3. Sarana Pendidikan Di Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2009/2010

No	Kecamatan	Jumlah Sarana Pendidikan			
		ITK	SD	SMP	SMU
1	Pulau-pulau Aru	5	28	9	10
2	Aru Utara	0	30	9	1
3	Aru Tengah	1	29	4	1
4	Aru Tengah Timur	0	13	2	0
5	Aru Tengah Selatan	0	8	1	0
6	Aru Selatan	0	21	7	1
7	Aru Selatan Timur	0	12	5	0

Sumber : BPS Kabupaten Kepulauan Aru th 2010

5.1.5. Fasilitas kesehatan yang ada di kabupaten Kepulauan Aru

Jumlah penduduk di Kabupaten kepulauan Aru 84.138 yang di layani dengan 1 rumah sakit yang terletak di ibukota kabupaten sebagai rujukan 21 puskesmas dalam 7 kecamatan atau setiap kecamatan terdapat 3 puskesmas. Jumlah fasilitas kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru sebagaimana pada tabel 5.4. berikut.

Tabel 5.4. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011

PELAYANAN KESEHATAN	PEM .KAB /KOTA	SWAS TA	JUM LAH
1 RUMAH SAKIT UMUM	1		1
2 RUMAH SAKIT JIWA			-
3 RUMAH SAKIT BERSALIN			-
4 RUMAH SAKIT KHUSUS LAINNYA			-
5 PUSKESMAS PERAWATAN	6		6
6 PUSKESMAS NON PERAWATAN	15		15
7 PUSKESMAS KELILING	27		27
8 PUSKESMAS PEMBANTU	23		23
9 RUMAH BERSALIN			-
10 BALAI PENGOBATAN/KLINIK			-
11 PRAKTIK DOKTER BERSAMA			-
12 PRAKTIK DOKTER PERORANGAN			-
13 PRAKTIK PENGOBATAN TRADISIONAL			-
14 POSKESDES	11		11
15 POSYANDU	141		141
16 APOTEK		5	5
17 TOKO OBAT		10	10
18 GFK	1		1
19 INDUSTRI OBAT TRADISIONAL			-
20 INDUSTRI KECIL OBAT TRADISIONAL			-

Sumber data : Profil DinKes Kab Kep.Aru th 2011

Rasio puskesmas terhadap penduduk tidak dapat diperhitungkan oleh karena persebaran penduduk pada tiap desa yang terletak di pulau-pulau kurang terdata dengan baik. Di samping itu jumlah penduduk Kabupaten Kepulauan Aru yang belum mencapai seratus ribu jiwa sehingga perkalian dengan konstanta 1000 tidaklah bermakna.

Dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani oleh satu unit Puskesmas rata-rata 13.026 penduduk, maka dapat dikatakan bahwa jumlah Puskesmas yang ada sudah tercukupi. Kabupaten Kepulauan Aru adalah pulau dengan daerah-daerah yang terisolasi maka konsep wilayah diganti dengan Konsep Pusat Gugus yang memfokuskan pada kemudahan transportasi dan letak desa yang di huni oleh penduduk.

5.1.6. Sarana Kesehatan Bersumber daya Masyarakat

Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) adalah Posyandu, Desa Siaga dan Poskesdes. Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal di masyarakat, dengan lima program prioritas, yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare. Untuk memantau perkembangannya, Posyandu dikelompokkan ke dalam 4 strata, yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama, dan Posyandu Mandiri. Pada tahun 2010 sebanyak 141 unit posyandu, 50,35 % atau 70 Posyandu dengan strata Pratama, Strata Madya 2,84 % atau 4, Strata Purnama 45,39 % atau 64 posyandu dan strata Mandiri 2,13 % atau 3 posyandu

5.1.7. Tenaga Kesehatan

Gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan yang bekerja di sektor kesehatan pada tahun 2011 terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011

No	Tenaga Kesehatan	Puskesmas	RSUD	DinKes	Jumlah
1	Dokter Spesialis	0	0	0	0
2	Dokter Umum	25	6	0	31
3	Dokter Gigi	2	1	1	4
4	D3 Kebidanan	5	2	5	12
5	Bidan	23	7	1	31
6	D3 Keperawatan	1	1	1	3
7	Perawat	180	45	12	237
8	Sarjana Apoteker	0	4	0	4
9	SAA	1	1	0	2
10	D1-D3 Gizi	0	3	3	6
11	Analisis Lab	0	1	1	2
12	Tem-Ro	0	1	0	1
13	Anestesi	0	1	0	1
14	Fisioterapi	0	0	0	0
15	Sarjana Kes Mas	5	5	0	10
16	D3 Kesmas	0	0	0	0
17	Sanitasi	7	1	3	11

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru (Puskesmas, RSUD dan Dinas Kesehatan) pada tahun 2011 adalah 355 orang, dengan jumlah Sarjana Kesehatan Masyarakat 10 orang. Mengingat penduduk kepulauan Aru tersebar di berbagai tempat (daratan dan pulau) yang sering berpindah tempat, maka untuk menghitung rasio tenaga medis dengan penduduk sangat sulit. Namun dengan melihat jumlah puskesmas (21 unit) dengan keberadaan dokter di puskesmas menunjukkan bahwa setiap puskesmas terdapat satu orang ~~tenaga~~tenagamedis.

5.1.8. Permasalahan Kesehatan

1. Kasus Penyakit Menular (HIV-AIDS)

Jumlah Penderita HIV pada tahun 2004 sebanyak 4 Orang dan meningkat pada tahun 2005 ditemukan 20 penderita dan pada tahun 2006 ditemukan 8 penderita dan pada tahun 2007 ditemukan lagi sebanyak 21 Penderita dan menurun pada tahun 2008 ditemukan sebanyak 7 penderita, tahun 2009 meningkat menjadi 21 penderita dan pada tahun 2010 sebanyak 25 penderita dan presentase penanganannya sebesar 100% Hasil surveilance tahun 2011 diketemukan HIV 38 orang, AIDS 5 orang, IMS sejumlah 288 orang dan kematian akibat AIDS 5 orang. Dengan demikian jumlah kenaikan lebih besar daripada penurunan kasus pada setiap tahunnya.

2. Kasus TB Ditangani

Jumlah kasus TB paru dengan penderita baru 176 jiwa, TB'klinis 15 orang dan Kasus BTA positif 109 orang.

3. Kasus Malaria

Perkembangan nyamuk malaria sangat banyak yang di tengarai dengan ditemukannya penderita Malaria sebanyak 481 orang dengan angka kesakitan malaria per-1000 penduduk sebesar 5,7 dan tidak ada kematian. Tahun 2011 diketemukan 1.598 kasus tanpa pemeriksaan sedimen darah dan 906 dengan pemeriksaan darah.

5.1.9. Capaian Program Kesehatan di Kab Kepulauan Aru Tahun 2011

Tabel 5.6. Cakupan Program Kesehatan Tahun 2011

Kategori	Target		Capaian	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Pelayanan kesehatan dasar				
Kunjungan ibu hamil K4	2.128	...
Komplikasi kebidanan yang ditangani	11	...
Pertolongan persalinan oleh nakes/linakes	547	...
Pelayanan nifas	2.039	...
Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	0	...
Kunjungan bayi	1.246	...
Desa/kelurahan UCI	4.409	...
Pelayanan anak balita				
PMP-ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	268.840	...
Balita gizi buruk mendapat perawatan	4	...
Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	759	...
Peserta KB aktif	5.562	...
Penemuan dan penanganan penderita penyakit				
AFP rate per 100.000 penduduk
Pneumonia balita	7.059	...
Pasien baru TB BTA positif	109	...
DBD	27.387	...
Diare	3.455	...
Pasien masyarakat miskin				
Pelayanan kesehatan rujukan dasar (rwt Jalan)	65	...
Pasien masyarakat miskin Rawat Inap	43	...
Pelayanan gawat darurat level I
Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB				
Desa/kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam
			474	

Sumber Profil DinKes Kab Kepulauan Aru tahun 2011

5.2. PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN KEPULAUAN ARU

Peta pembiayaan Kabupaten ini di maksudkan untuk mengetahui sumber-sumber anggaran yang di dimanfaatkan untuk pembiayaan bidang kesehatan, baik yang bersumber pemerintah daerah, pemerintah propinsi, pemerintah pusat dan donor/hibah.

Sumber Data

Data yang digunakan berasal dari beberapa SKPD/instansi di lingkup Pemerintah Kabupaten Kepulauan Aru yakni sbb:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru
2. RSUD Kabupaten Kepulauan Aru
3. Bappeda
4. BPS (Badan Pusat Statistik)
5. BPM (Badan Pemberdayaan Masyarakat)
6. BP2KB (Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana)
7. KPA (Komisi Penanggulangan AID) Kabupaten Kepulauan Aru

Pada tabel 5.7 Anggaran kesehatan tahun 2011

No	Sumber Biaya	Alokasi Anggaran Kesehatan	
		Rupiah	%
Anggaran Kesehatan Bersumber			
1.	APBD Kab/Kota	85.650.000	0.93
	- Belanja Langsung	15.298.555.160	37,27
	- Belanja Tidak Langsung	15.657.523.660	38.15
2	APBD Provinsi	457.000.000	4.94
3.	APBN	54.300.000	0.59
	- Dana Dekonsentrasi	729.000.000	7.88
	- Dana Alokasi Khusus	464.000.000	5.01
	- ASKESKIN	562.000.000	6.07
	- Lain-lain	43.600.000	0.43
4.	Pinjaman/Hibah Luar Negeri (PHLN)	768.000.000	8.30
5.	Sumber Pemerintah Lain	7.890.000.000	85.25
	Total	9.254.950.000	100.00

Sumber Data : Profil Kesehatan Kab Kepulauan Aru tahun 2011

Dari tabel 5.7. di atas menunjukkan bahwa anggaran kesehatan yang di terima oleh Dinas kesehatan untuk di kelola sebesar Rp. 9.254.950.000,-. Dengan proporsi jumlah biaya antara belanja langsung dengan tidak langsung mempunyai selisih 1,08% atau lebih besar pemanfaatan untuk belanja tidak langsung. Proporsi ini akan menjadi baik apabila belanja langsung lebih besar, dengan catatan belanja langsung yang dimaksud adalah belanja untuk kegiatan program yang mempunyai manfaat langsung pada masyarakat.

Pada tabel berikut di sampaikan anggaran kesehatan secara keseluruhan di Kabupaten Kepulauan ARU tahun 2011.

5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Pembiayaan

Sumber pembiayaan yang di maksudkan adalah suatu institusi yang menyediakan pembiayaan kesehatan. Sumber pembiayaan di maksudkan bisa dari pemerintah atau swasta sebagaimana penyedia tersebut. Beberapa negara sumber pembiayaan kesehatan juga berasal dari komunitas/masyarakat yang berbadan hukum.

Tabel berikut disampaikan sumber pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011.

Tabel 5.8. Belanja Kesehatan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Aru Tahun 2011

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	%
SB 1 Pemerintah	46.847.783.786	93,60
SB 1.1.1 APBN	4.659.904.271	9,31
SB 1.2.1 APBD Propinsi	642.014.640	1,28
SB 1.2.3 Donor: Hibah	705.225.700	1,41
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	40.840.639.175	81,60
SB 2 Non - Pemerintah	3.201.757.216	6,40
SB 2.4 Rumah Tangga	3.201.757.216	6,40
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Hasil kompilasi data anggaran yang terdiri dari sumber pembiayaan institusi pemerintah dan non pemerintah (swasta). Sumber biaya Kabupaten Kepulauan Aru terbesar dari pemerintah yaitu 93,60%, yang terdiri dari APBD kabupaten 81,60% dan sebagian dari APBN sebesar 9,31%. Adapun sumber biaya dari swasta atau non Pemerintah (7,81%) terhadap total anggaran kesehatan di kabupaten kepulauan Aru. Hal tersebut menunjukkan adanya komitmen daerah dalam pembiayaan kesehatan sebagaimana PP nomor 38/2004 tentang Kewenangan Pemerintah Daerah dan Peraturan Kementerian Kesehatan nomor 922 tahun 2008 tentang Desentralisasi bidang kesehatan di Kab/Kota. Apabila dihitung dengan jumlah penduduk maka anggaran perkapita US\$ 47.8, WHO menyatakan bahwa anggaran kesehatan yang ideal untuk menjamin terselenggaranya program pelayanan kesehatan esensial sebesar US\$ 46/perkapita.

Dalam tabel 5.8. tertulis anggaran rumah tangga, yaitu anggaran yang didapatkan dari pengeluaran langsung rumah tangga untuk pembiayaan kesehatan, yaitu biaya asuransi kesehatan, biaya kesehatan untuk pelayanan di puskesmas (rawat inap dan rawat jalan) yang di hitung berdasarkan tarif puskesmas rawat inap dan rawat jalan, dan biaya rumah tangga

yang di keluarkan untuk pelayanan di rumah sakit. Hasil perhitungan biaya rumah tangga tersebut di dapatkan sebagaimana pada tabel 5.9. berikut.

Tabel 5.9. Belanja Kesehatan Rumah Tangga Kabupaten Kepulauan Aru, Susenas 2010

Item Belanja Rumah Tangga	Estimasi Belanja
1 Asuransi Kesehatan	12.300.469
2 Total Belanja Kesehatan (excl. Askes)	3.189.456.747
3 Rawat Jalan Puskesmas	635.943.000
4 Rawat Inap Puskesmas	33.841.000
5 Belanja ke RSUD*	355.831.000
6 Belanja ke fasilitas kesehatan swasta (2 - 3 - 4 - 5)	2.163.841.747
Total Belanja Kesehatan (1 + 2)	3.201.757.216

Dari perhitungan biaya rumah tangga, sebagaimana tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi biaya yang terbanyak adalah belanja kesehatan yang di bayarkan melalui pelayanan askes atau pelayanan kuratif yang dibayarkan pemerintah, yang disusul pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan swasta, yang semua ini masih dalam kondisi pelayanan kuratif. Indonesia menginginkan kemandirian masyarakat bidang kesehatan akan tercapai tahun 2015, pada fase ini di perlukan pelayanan yang bersifat promotif. Untuk pelayanan kuratif akan tercover program asuransi kesehatan. Akan tetapi dari data pada tabel diatas, terlihat bahwa biaya untuk asuransi kesehatan masih cukup rendah bila di banding pada item-item yang lain.

5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran

Peta pembiayaan berdasar pengelola anggaran adalah untuk mengetahui institusi yang mengelola anggaran kesehatan dari berbagai sumber sebagai mana pada tabel 5.10. diatas.

Tabel 5.10. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Aru Tahun 2011

Pengelola Anggaran (PA)	Total	%
PA 1 Pemerintah	46.847.783.786	93,60
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	235.328.000	0,47
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	31.853.799.458	63,64
PA 1.3.02 Puskesmas	3.003.934.162	6,00
PA 1.3.03 RSUD	9.678.865.426	19,34
PA 1.3.12 Pemberdayaan Perempuan dan KB	1.933.317.740	3,86
PA 1.3.18 KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah)	142.539.000	0,28
PA 2 Semi Pemerintah	-	0,00
PA 3 Non – Pemerintah	3.201.757.216	6,40
PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	12.300.469	0,02
PA 3.4 Rumah Tangga	3.189.456.747	6,37
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Dari data diatas menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran terbanyak di dominasi oleh pemerintah (93,32%), anggaran yang di kelola non pemerintah yaitu rumah tangga meliputi anggaran asuransi kesehatan, biaya rawat inap dan rawat jalan puskesmas dan biaya rumah sakit. Kalau melihat permasalahan kesehatan kabupaten kepulauan Aru diatas yaitu kasus penyakit HIV – AIDS, TB dan Malaria yang setiap tahunnya cenderung terdapat peningkatan maka selayaknya alokasi anggaran terhadap kasus-kasus diatas mendapatkan perhatian. Data pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa alokasi pembiayaan untuk penanggulangan HIV-AIDS hanya 0,79% dari total anggaran kesehatan.

Pada tabel berikut disampaikan peta pembiayaan berdasarkan penyedia layanan, yang menunjukkan institusi sebagai penyedia anggaran berdasarkan tupoksi.

5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Layanan

Penyedia layanan yang di maksudkan adalah institusi yang menerima anggaran untuk melakukan suatu kegiatan sebagaimana tupoksinya untuk menghasilkan output kegiatan.

Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penyedia Pelayanan di Kabupaten Aru Tahun 2011

Penyedia Pelayanan (PL)	Total	%
PL 1 Pemerintah	47.873.398.786	95,65
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	30.780.685.349	61,50
PL 1.3.2 RSUD	10.579.770.785	21,14
PL 1.3.3 Puskesmas	4.437.085.912	8,87
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	2.075.856.740	4,15
PL 2 Non Pemerintah	2.163.841.747	4,32
PL 2.1.9 Fasilitas Kesehatan Swasta Lainnya	2.163.841.747	4,32
PL 3 Tidak Jelas (Tidak Dirinci Pemerintah atau Non Pemerintah)	12.300.469	0,02
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Dari tabel 5.11. menunjukkan 95,65% penyedia layanan dari seluruh pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru dari unsur pemerintah yaitu Dinas Kesehatan, RSUD dan Puskesmas. Dan 4,32 % penyedia layanan non Pemerintah yaitu Fasilitas Kesehatan Swasta dan terdapat 0,02% tidak terdeteksi secara jelas penyedia layanan. Secara rinci terlihat bahwa penyedia layanan terbanyak adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru, sebagaimana tupoksi dari pemerintah daerah di Kabupaten Kepulauan Aru untuk melaksanakan program-program kesehatan. Adapun penyedia layanan berikut adalah rumah sakit umum daerah, program kegiatan di peruntukkan dalam pelayan kuratif.

5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan

Pada dasarnya jenis kegiatan tersebut terbagi menjadi 2 yaitu jenis kegiatan langsung dan jenis kegiatan tidak langsung, kegiatan langsung di maksud merupakan tindakan-tindakan yang mempunyai intervensi secara langsung. Disebut kegiatan tidak langsung karena kegiatan tersebut hanya bersifat menunjang, karena kegiatan bersifat menunjang dan spontannya lebih rendah dari kegiatan pokok. Kegiatan langsung dapat di bedakan antara kegiatan kesehatan masyarakat dan kegiatan individual. Dalam kasus ini kegiatan langsung di Kabupaten Kepulauan Aru nilainya lebih rendah dari kegiatan penunjang.

Peta pembiayaan menurut Jenis Kegiatan di Kabupaten Kepulauan Aru terbagi dalam dua (2) kriteria, yaitu belanja kegiatan yang bersifat tidak langsung (49,57%) dan belanja dengan jenis kegiatan langsung 31,13%, sebagai berikut.

Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Aru Tahun 2011

Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)	Total	%
JK 1 Kegiatan Tidak Langsung	27.362.940.329	54,67
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	12.809.989.854	25,59
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	1.482.378.480	2,96
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	267.403.500	0,53
JK 1.4 Pengelolaan Program	42.780.000	0,09
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	547.345.000	1,09
JK 1.6 Evaluasi	27.000.000	0,05
JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	2.834.871.095	5,66
JK 1.8 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur serta Alat Non Medis	9.351.172.400	18,68
JK 2 Kegiatan Langsung	22.686.600.673	45,33
JK 2.1 Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat	15.579.111.448	31,13
JK 2.1.01 Promosi dan penyuluhan kesehatan	6.500.000	0,01
JK 2.1.04 Pendataan Sasaran	18.600.000	0,04
JK 2.1.07 Surveilans Epidemiologi dan KLB	24.000.000	0,05
JK 2.1.09 Penemuan Kasus	54.785.000	0,11
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	9.388.099.184	18,76
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	322.896.924	0,65
JK 2.1.13 Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	1.034.485.000	2,07
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	4.729.745.340	9,45
JK 2.2 Kegiatan Program Kesehatan Individual	7.107.489.225	14,20
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	7.107.489.225	14,20
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Menunjuk tabel 5.12. diatas, kegiatan tidak langsung yang sifat pendukung dari kegiatan langsung mempunyai jumlah lebih besar dibandingkan kegiatan langsung yaitu 49,57% dari total pembiayaan kesehatan. Lebih lanjut bahwa 25,59% dari kegiatan tidak

langsung tersebut di manfaatkan untuk manajerial dan koordinasi. Program kegiatan yang sifatnya investasi SDM yaitu pendidikan dan pelatihan lebih rendah dari manajerial dan koordinasi.

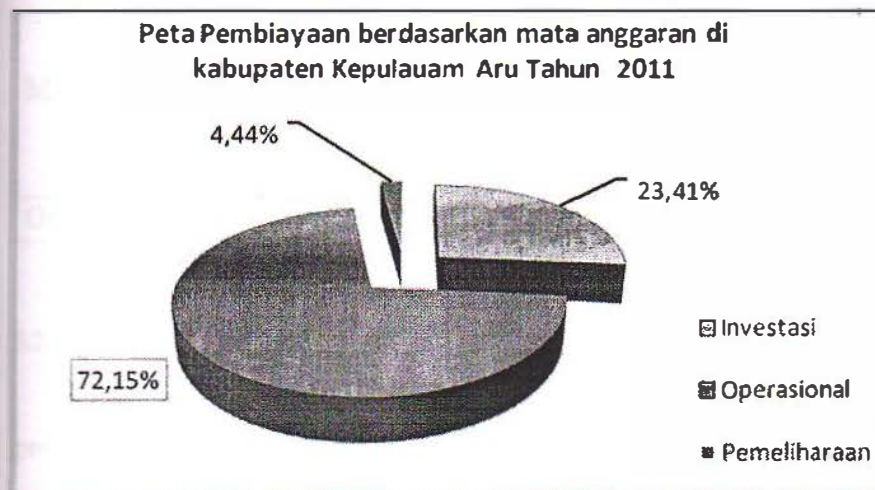
Dari 31,13% kegiatan langsung, kegiatan promosi dan penyuluhan kesehatan sangat rendah yaitu 0,01%. Dengan memperhatikan alokasi yang sangat rendah tersebut, apakah visi indonesia sehat tahun 2015 yaitu kemandirian masyarakat bidang kesehatan dapat terwujud di Kabupaten Kepulauan Aru.

Mengingat kegiatan promosi dan penyuluhan kesehatan di harapkan sebagai langkah awal atau persiapan dalam mewujudkan visi dimaksud. Dalam kegiatan langsung terdapat item program kesehatan individual yaitu pelayanan kesehatan perorangan yang nilainya cukup besar yaitu 14,20%, menunjukkan bahwa program kuratif lebih unggul dari preventif.

5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran

Pengertian mata anggaran adalah input yang di beli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan. Input tersebut antara lain berupa biaya investasi/modal, biaya operasional dan biaya pemeliharaan.

Dari jumlah anggaran secara keseluruhan yaitu Rp. 50.049.541.002,- yang di manfaatkan untuk operasional sebesar 72,15 dan 23,41% dimanfaatkan untuk pembelian investasi, 4,44% dimanfaatkan untuk pemeliharaan . Untuk lebih jelasnya terlihat pada gambar berikut.



Gambar 5.1. Pembiayaan berdasarkan mata anggaran di kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011
Sumber data: Dinas Kesehatan Kab Kepulauan Aru tahun 2011

Pernyataan tabel 5.13. yaitu belanja kesehatan berdasarkan mata anggaran menunjukkan bahwa dari biaya investasi (23,41%) terbanyak masih di manfaatkan untuk

bangunan atau konstruksi, sedangkan dari biaya operasional yang terbanyak di manfaatkan untuk membayar gaji dan membayar honorarium pegawai. Dan dari biaya pemeliharaan yaitu 4,44% terbanyak di manfaatkan untuk pemeliharaan gedung/konstruksi, sementara untuk pemeliharaan alat non-medis teralokasikan 1,25%. Tidak tercantumkan biaya pemeliharaan alat medis. Sebagaimana pada tabel 5.13 bahwa alokasi untuk program kesehatan yang sifatnya kuratif 14,20% yang seharusnya di dukung dengan biaya pemeliharaan alat kesehatan. Pada tabel 5.13 berikut menggambarkan mata anggaran pembelanjaan secara rinci di Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011.

Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggran di Kabupaten Aru Tahun 2011

Mata Anggaran (MA)	Total	%
MA 1 Investasi	11.714.503.040	23,41
MA 1.2 Bangunan/Konstruksi	7.977.485.400	15,94
MA 1.3 Pengadaan Alat Non-Medis	1.642.257.000	3,28
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	1.992.705.640	3,98
MA 1.5 Fellowship Untuk Pendidikan Pegawai	102.055.000	0,20
MA 2 Operasional	36.113.093.967	72,15
MA 2.1 Gaji	12.862.739.235	25,70
MA 2.2 Honorarium	7.283.901.000	14,55
MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	3.011.287.209	6,02
MA 2.4 Bahan Non-Medis	345.848.972	0,69
MA 2.5 Perjalanan	4.857.267.872	9,70
MA 2.6 Akomodasi	1.899.819.568	3,80
MA 2.7 Utilities (Telepon, Listrik, Air)	32.962.895	0,07
MA 2.8 Biaya Operasional Lainnya	5.819.267.216	11,63
MA 3 Pemeliharaan	2.221.943.995	4,44
MA 3.2 Gedung/Konstruksi	1.596.696.200	3,19
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	625.247.795	1,25
Grand Total	50.049.541.002	100,00

5.2.6. Peta anggaran berdasarkan Program Kegiatan

Pada tabel berikut menggambarkan jumlah pembiayaan yang di manfaatkan untuk program kegiatan. Yang terpilih secara besar yaitu program kesehatan masyarakat dan program upaya kesehatan perorangan dan program penunjang atau capacity building. Dari jumlah pembiayaan di Kabupaten Kepulauan Aru (Rp.50.049.541.002,-) terbanyak di manfaatkan untuk program yang menyangkut *capaity building* atau penunjang yaitu 70,39%, dengan item terbesar pembiayaannya pada item administrasi dan manajemen yaitu 34,17%.

pada program Adapun untuk program kesehatan masyarakat hanya 11,25%. Program ini seharusnya menjadikan program unggulan di Kabupaten Kepulauan Aru, mengingat Kabupaten Kepulauan Aru termasuk Kabupaten yang bermasalah kesehatan yang indikator mencakup program kesehatan masyarakat, yang harus dicapai pada MDG's 2015.

Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Berdasarkan Program di Kabupaten Aru Tahun 2011

Program (PR)	Total	%
PR.1 Program Kesehatan Masyarakat	5.631.825.340	11,25
PR 1.01 KIA	1.278.156.687	2,55
PR 1.02 Gizi	508.629.213	1,02
PR 1.03 Imunisasi	328.442.836	0,66
PR 1.04 TBC	115.095.000	0,23
PR 1.05 Malaria	194.436.700	0,39
PR 1.06 HIV/AIDS	395.694.000	0,79
PR 1.10 Penyakit Menular Lain	322.896.924	0,65
PR 1.12 KB	1.944.597.740	3,89
PR 1.13 UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)	16.711.822	0,03
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	244.843.926	0,49
PR 1.16 Promosi Kesehatan	135.487.787	0,27
PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	146.832.705	0,29
PR 2 Program Upaya Kesehatan Perorangan	9.189.049.325	18,36
PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	635.943.000	1,27
PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	33.841.000	0,07
PR 2.3 Pelayanan Rujukan	355.831.000	0,71
PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas masuk PR 2.1- 2.3)	6.864.442.216	13,72
PR 2.5 Jaminan Kesehatan	1.298.992.109	2,60
PR 3 Program Penunjang & atau yang Menyangkut Capacity Building	35.228.666.337	70,39
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	17.103.238.787	34,17
PR 3.2 Sistem Informasi Kesehatan	71.534.500	0,14
PR 3.3 Capacity Building	598.861.000	1,20
PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	11.960.943.900	23,90
PR 3.5 Pengawasan (Monitoring dan Supervisi)	330.265.000	0,66
PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	1.009.374.000	2,02
PR 3.7 Administrasi Jaminan Kesehatan	2.580.635.000	5,16
PR 3.8 Program Capacity Building/Penunjang Lainnya	1.573.814.150	3,14
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Dari tabel 5.14. secara keseluruhan dapat di jelaskan bahwa dari program kesehatan masyarakat, yang teralokasikan 11,25% dari total pembiayaan, diantaranya 2,55% dimanfaatkan untuk program KIA. Dari kasus penyakit sebagaimana di terangkan diatas, HIV-AIDS teralokasikan 0,79%, TBC teralokasikan 0,23% dan Malaria 0,39%. Dengan alokasi yang relatif kecil maka upaya untuk tereliminasi atau pengurangan kasus akan membutuhkan waktu yang lama. Program Upaya Kesehatan Perorangan sebesar 18,36% dari

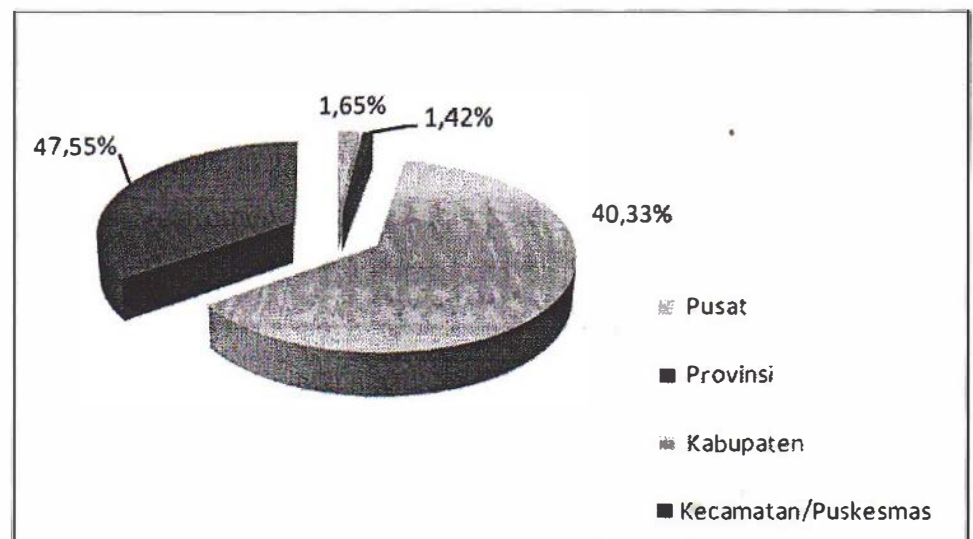
total pembiayaan, dimana 13,72% untuk pengobatan umum dan 2,60% untuk Jaminan Kesehatan. Dengan jumlah penduduk 88.825 jiwa yang rata-rata terbesar dari penduduk kurang mampu.

Program yang menyangkut capacity building atau penunjang, telah di jelaskan diatas bahwa program ini terfokuskan pada item administrasi dan manajemen sebesar 34,17% dan pengadaan dan pemeliharaan infrastruktur 23,90 %. Untuk item pengawasan program teralokasikan sangat rendah yaitu 0,66% dan tak kalah penting untuk program obat dan perbekalan kesehatan teralokasikan 2,02%.

5.2.7. Peta Anggaran Berdasarkan Jenjang Kegiatan

Dengan melihat mata anggaran maka dapat di ketahui jenjang kegiatan tersebut di laksanakan. Dengan instrumen DHA diketahui jenjang kegiatan di laksanakan yaitu di propinsi, Kabupaten, kecamatan dan desa/masyarakat. Jenjang kegiatan yang di laksanakan di pusat dan propinsi biasanya dananya berasal dari dekonsentrasi, yaitu pelaksanaan rapat koordinasi atau pelatihan, sebagaimana pada gambar berikut.

Gambar 5.2. Peta Pembiayaan berdasarkan jenjang kegiatan di kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2011



Sumber data : Dinas Kesehatan Kab Kepulauan Aru

Gambar diatas menunjukkan bahwa jenjang kegiatan masih di dominan oleh kabupaten (40,33%) hal ini menunjukkan adanya desentralisasi bidang kesehatan, adapun jenjang kegiatan kesehatan yang dilaksanakan oleh pusat 1,65%, Propinsi 1,42 % dan jenjang

kegiatan yang dilaksanakan oleh kecamatan 9,04%. Secara rinci akan dijelaskan pada tabel 5.15. berikut.

Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Aru Tahun 2011

Jenjang Kegiatan (JJ)	Total	%
JJ 1 Pusat	827.500.000	1,65
JJ 2 Provinsi	712.036.000	1,42
JJ 3 Kabupaten	20.184.665.926	40,33
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	23.800.767.465	47,55
JJ 5 Desa/Kelurahan/masyarakat	4.524.571.612	9,04
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Dari tabel 5.15, terlihat bahwa jenjang kegiatan terbesar teralokasikan pada puskesmas. Mengingat puskesmas adalah pintu terdepan program kesehatan dan mempunyai fungsi promotif dan kuratif maka hal tersebut wajar apabila puskesmas mempunyai alokasi pembiayaan yang besar. Alokasi pembiayaan tersebut terdistribusi pada 21 puskesmas kepulauan dan daratan. Adapun jenjang yang teralokasikan di kabupaten sebesar 40,33% yang seharusnya merupakan kegiatan langsung pada rogram.

Dari jenjang kegiatan diatas akan diketahui penerima manfaat yang terbiayai dari pembiayaan kesehatan yang kemudian disebut penerima manfaat. Yang dapat terdeteksi dari umur penduduk penerima manfaat (*beneficiries*), barang dan jasa kesehatan yang di biayai, sebagai berikut.

5.2.8. Peta Anggaran Berdasarkan Penerima Manfaat

Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Aru Tahun 2011

Penerima Manfaat (PM)	Total	%
PM 1. <1 tahun (bayi)	945.509.754	1,89
PM 2. 1 - 4 tahun (balita)	2.584.028.285	5,16
PM 3. 5 - 12 tahun (anak sekolah)	1.274.189.884	2,55
PM 4. 13 - 18 tahun (remaja)	2.419.027.807	4,83
PM 5. 19 - 64 tahun (usia produktif)	5.368.395.276	10,73
PM 6. 65+ tahun (lansia)	3.313.404.191	6,62
PM 7. Semua Umur (pasti)	34.144.985.806	68,22
Grand Total	50.049.541.002	100,00

Penerima manfaat terdistribusi pada semua umur pasti (68,2%) dan pada usia produktif sebesar 10,7% dari total biaya. Secara spesifik bahwa investasi pemerintah pada SDM adalah pada usia < 1

hampai dengan remaja yang dalam kondisi ini pembiayaan untuk usia tersebut masih rendah atau rata-rata 3,8% dari alokasi pembiayaan.

5.3. PETA PEMBIAYAAN BERDASARKAN BANTUAN/DONOR

Sebagaimana pada negara-negara berkembang pada umumnya maka penyakit yang sifatnya transfer antar manusia cenderung lebih mudah berkembang, disamping penyakit endemis. Keterkaitan dengan letak geografis Kabupaten Kepulauan Aru yang mempunyai industri perikanan terbesar di Indonesia, sehingga banyak urban yang dikhawatirkan akan membawa penyakit. Dari data profil kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011 dan penelusuran pembiayaan, terdapat 3 komponen bantuan untuk mengatasi penyakit urban di Kabupaten Kepulauan Aru, yaitu : 1) TB Paru, 2) Malaria dan 3) HIV-AIDS. Khusus untuk HIV-AIDS selain mendapatkan pembiayaan dari negara donor juga mendapatkan anggaran dari KPA Propinsi Maluku, untuk selanjutnya terlihat pada tabel 5.18 berikut yaitu alokasi pembiayaan dari negara donor untuk tiga items penyakit/kasus.

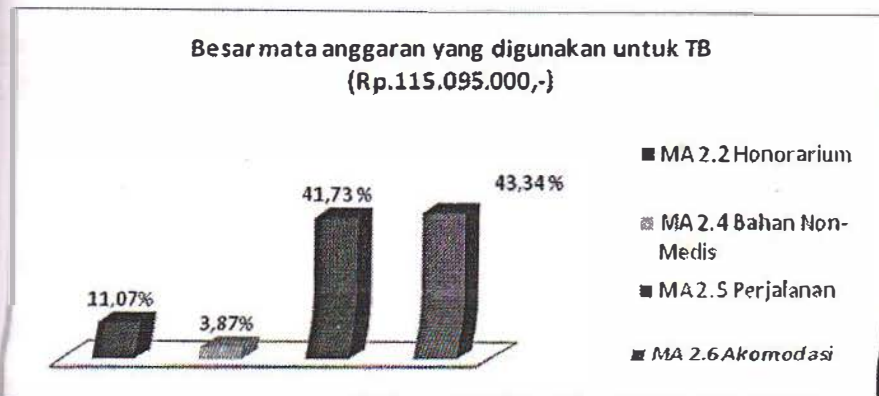
Tabel 5.17. Peta Pembiayaan dari Negara Donor.

Sumber anggaran	Program	Alokasi	Persen
SB 1.2.3 Donor: Hibah	PR 1.04 TBC	115.095.000	16,320
	PR 1.05 Malaria	194.436.700	27,571
	PR 1.06 HIV/AIDS	395.694.000	56,109
SB 1.2.3 Donor: Hibah Total		705.225.700	
Grand Total		705.225.700	100,000

Secara keseluruhan pembiayaan untuk kasus penyakit trans-nasional sebesar Rp.705.225.700,- yang teralokasikan terbesar pada kasus HIV-AIDS sebesar 56,10%. Dengan jumlah kasus yang makin meningkat pada tahun 2011 yaitu HIV 38 orang, AIDS 5 orang, IMS sejumlah 288 orang dan kematian akibat AIDS 5 orang, maka alokasi tersebut sangat rendah. Perlu ada terobosan dari pemerintah daerah dalam upaya pencegahannya, disamping penyakit yang lain.

5.3.1. Global Fund untuk Tuberkolosis

Jumlah penemuan kasus TB tahun 2011 dengan penderita baru 176 jiwa, TB klinis 15 orang dan Kasus BTA positif 109 orang (profil DinKes tahun 2011) dengan jumlah penduduk 85.825 jiwa, dan kematian akibat TB Paru sebesar 63,21% per 100.000 penduduk (Profil DinKes th 2011). Hasil kompilasi anggaran APBD bidang kesehatan tidak diketemukan alokasi pembiayaan untuk program pencegahan dan pemberantasan TB, anggaran yang tersedia dari donor tahun 2011 sebesar Rp. 115.095.000,- dengan kegiatan penemuan kasus 13,45% dan monitoring dan pelaporan 86,54, sebagaimana tergambar sebagai berikut.



Gambar 5.3. Alokasi Global Fund TB tahun 2011

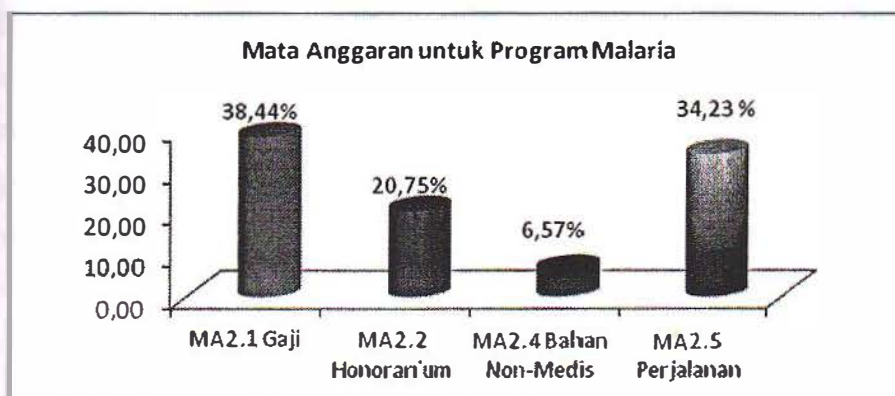
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Dari gambar diatas dan jumlah pembiayaan yang terdistribusikan terbanyak pada alokasi akomodasi yaitu 43,34% dan perjalanan dalam upaya penemuan kasus sebesar 41,73%. Adapun untuk kegiatan administrasi dan manajemen tertuang untuk honorarium sebesar 11,07% dan bahan non medis 3,8%.

5.3.2. Global Fund untuk Penyakit Malaria

Jumlah kasus malaria tahun 2011 tanpa pemeriksaan darah 1.598 jiwa dan 906 jiwa dengan pemeriksaan darah atau 0,17 penduduk positif terkena malaria.

Bantuan biaya dari bank dunia dalam upaya eliminasi malaria pada tahun 2011 sebesar Rp.194.436.700,- dngan mata anggaran sebagaimana pada gambar berikut:



Gambar 5.4. Alokasi Global Fund eliminasi Malaria tahun 2011

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Dari gambar 4 tersebut diatas secara detail terlihat pada tabel 5.19 berikut.

Tabel 5.18 . Peta Pembiayaan global fund untuk eliminasi Malaria.

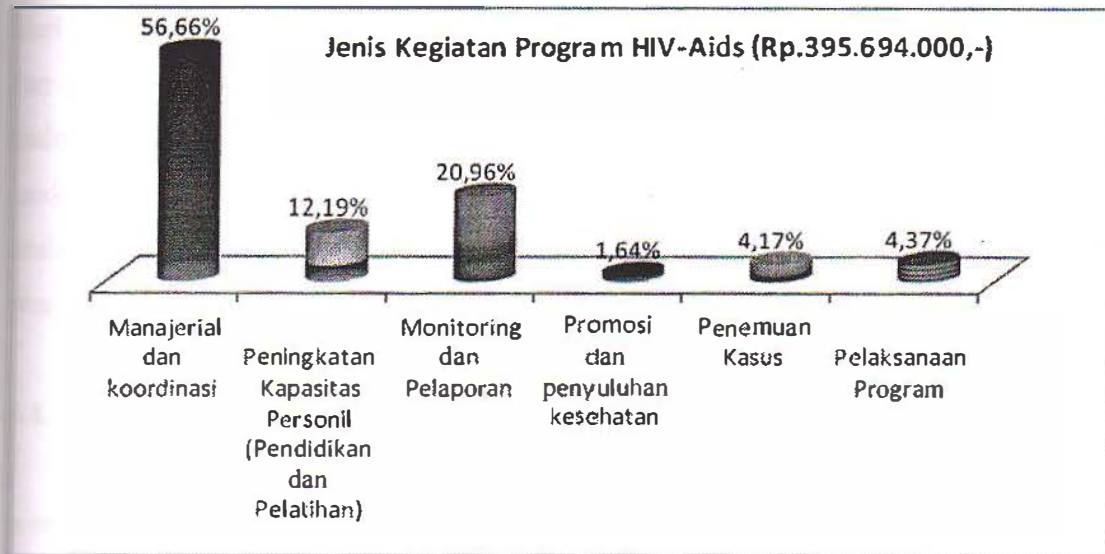
Jenis Kegiatan	Alokasi	Persen (%)
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	112.506.700	57,86
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	16.530.000	8,50
JK 2.1.04 Pendataan Sasaran	18.600.000	9,57
JK 2.1.07 Surveilans Epidemiologi dan KLB	24.000.000	12,34
JK 2.1.09 Penemuan Kasus	22.800.000	11,73
Total	194.436.700	100

Dari tabel 5.18. diatas menunjukkan bahwa total pembiayaan yang teralokasikan sebesar RP 194.436.700,- dengan terdistribusikan untuk manajemen dan koordinasi sebesar 57,86%, cukup besar dibandingkan untuk surveilans dan KLB yang sebesar 12,34% dan penemuan kasus sebesar 11,73%, yang seharusnya pada kedua item ini lebih besar dibandingkan manajerial dan koordinasi.

5.3.3.Global Fund untuk penyakit HIV- AIDS

Penyakit HIV-AIDS di tengarai merupakan penyakit perilaku yang mengakibatkan fatal (meninggal). Dewasa ini penyakit tersebut bukan saja melanda pada wanita/pria penaja seksual, akan tetapi juga sudah menjalar ke ibu rumah tangga atau orang berpendidikan. Dari jumlah penduduk 84.138 jiwa pada tahun 2011 di Kabupaten Kepulauan Aru, telah terdapat kasus Infeksi Menular Seksual sebesar 288 jiwa dengan 38 jiwa merupaka HIV dan 5 jiwa AIDS. Telah diketahui bahwa HIV-AIDS berakibat kematian, untuk Kabupaten Kepulauan Aru 5 orang meninggal karena HIV-AIDS (Profil Dinkes Kep.Aru th 2011). Dalam upaya pencegahan pemantauan akibat HIV-AIDS telah tersedia anggaran dari Global Fund sebesar Rp.395.694.000,- yang kegiatannya screening dan konsultasi, serta pengobatan IMS secara mobile atau berpindah sesuai lokasi kasus.

Adapun jenis kegiatan dari pembiayaan tersebut sebagaimana pada tabel berikut:



Gambar 5.5. Alokasi Global Fund kegiatan HIV-AIDS tahun 2011
 Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Secara keseluruhan jumlah pembiayaan dalam penanggulangan HIV-AIDS di Kabupaten Kepulauan Aru sebesar RP.538.233.000,- yang didapatkan dari sumber global fund Rp 395.694.000,- dan Komisi Penanggulan AIDS Propinsi Maluku menganggarkan Rp.142.539.000,-. Alokasi pembiayaan dari KPA di dimanfaatkan untuk kegiatan capacity building bagi mucikari/ wanita penjaja seksual dengan metode pelatihan, promosi dan pengobatan medis sebagaimana pada tabel 5.20 berikut. Adapun alokasi pembiayan global fund terbesar dimanfaatkan untuk manajemen dan koordinasi (56,66%). Untuk penemuan kasus dan pelaksanaan program rata-rata 4% dan untuk program yang sangat penting teralokasian 1,64%.

Tabel 5.19 Pembiayaan dari Komisi Penanggulangan AIDS.

Rincian Kegiatan	Realisasi Anggaran	Persen
Biaya supervisi ke outlet kondom	4.550.000	3,192
Dukungan operasional kantor (ATK, penggandaan)	14.830.000	10,404
Dukungan operasional utk pengobatan medis bagi WPS	5.000.000	3,508
Dukungan peralatan KIE (banner, brosur, dildo, family phantom)	1.500.000	1,052
Insentif untuk staf KPPAP	41.279.000	28,960
Insentif untuk staf logistik	6.250.000	4,385
Pelatihan utk Mucikari dan pemimpin lokalisasi	9.000.000	6,314
Pertemuan bulanan dengan seluruh mitra terkait	16.500.000	11,576
Pertemuan tiga bulanan forum kemitraan dengan seluruh stake holder	800.000	0,561
Pertemuan untuk mendidik sebaya & WPS	39.230.000	27,522
Supervisi tim kabupaten ke mitra pelaksana	3.600.000	2,526
Grand Total	142.539.000	100,00

Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Dari tabel tersebut diatas terbesar pembiayaan tealokasikan pada insentif staf KPA (28,96%) dan pertemuan untuk mendidik sebaya dan WPS sebesar 27,52%. Pembiayaan tersebut dialokasikan untuk tahun 2011 sehingga setiap bulan di perlukan evaluasi kegiatan dalam model pertemuan bulanan (11,57%). Kegiatan yang sangat mendukung penurunan IMS adalah pelatihan mucikari dan pemimpn lokalisasi (6,31%) dan dukungan operasional untuk pengobatan medis bagi WPS (3,50%).

5.4. PETA PEMBIAYAAN UNTUK MASYARAKAT MISKIN

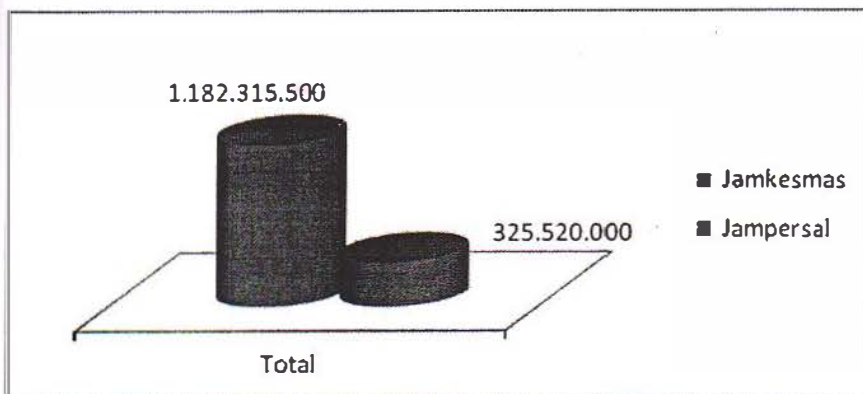
Dalam upaya pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin serta program promotif/preventif pemerintah telah mengalokasikan pembiayaannya dalam program :

- Jamkesmas
- Jampersal, dan
- Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)

Dalam analisis ini akan terpisahkan dalam masing-masing program pembiayaan.

5.4.1. Pembiayaan untuk Jamkesmas dan Jampersal

Jumlah penduduk yang tercakup dalam jaminan kesehatan prabayar (askes, jamsostek, askeskin/jamkesmas) tahun 2010 yang tercatat 2.464 atau 34.66 % dari jumlah penduduk. Tahun 2011 yang memanfaatkan (pengajuan klaim) Jamkesmas dan Jampersal bagi ibu hamil, terlihat pada gambar grafik berikut.

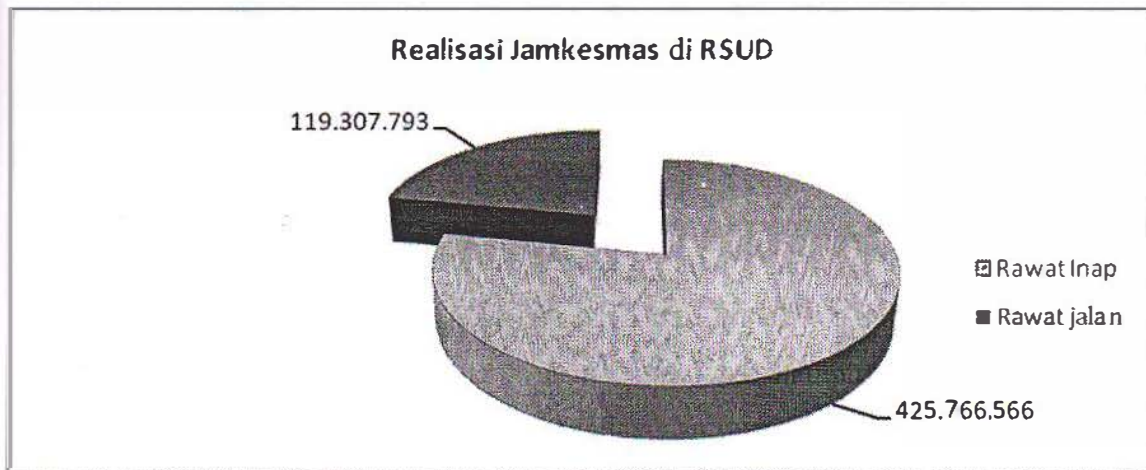


Gambar 5.6. Alokasi realisasi pembiayaan Jamkesmas dan jampersal
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Pada gambar 6, menunjukkan alokasi pembiayaan untuk program jamkesmas sebesar Rp. 1.182.315.500,- dan program jampersal sebesar Rp. 325.520.000,- .

Dengan adanya pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat di kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011 sebesar Rp 5.631.825.340,-. pasien miskin dan hampir miskin yang mendapat pelayanan rawat jalan pada stratal kesehatan sebesar 23,45%, pasien miskin dan hampir

miskin yang mendapat pelayanan rawat jalan di strata 2 dan 3 secara keseluruhan 17,52%. Untuk pelayanan rawat inap pada pasien miskin dan hampir miskin yang mendapat pelayanan rawat inap sebesar 17,27% dan pelayanan rawat inap hampir miskin dan miskin yang di rawat inap pada pelayanan kesehatan strata 2 dan 3 sebesar 11,09%., Adapun jumlah biaya yang di dimanfaatkan pelayanan Jamkesmas di rumah sakit sebagai berikut:

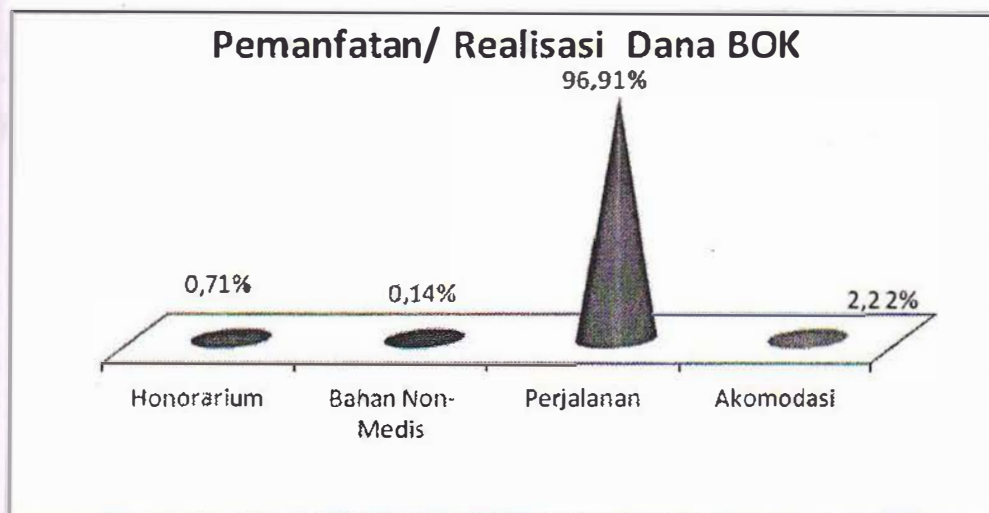


Gambar 5.7. Alokasi realisasi pembiayaan Rw.Inap dan Rw.jalan di RSUD
Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Gambar 5.7 menggambarkan alokasi pembiayaan untuk rawat inap dan rawat jalan yang teralokasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Aru, dengan distribusi untuk pasien rawat inap Rp.425.766.566,- lebih besar dibandingkan pasien rawat jalan Rp.119.307.793,-

5.4.2. Pembiayaan untuk Bantuan Operasional Kesehatan

Disamping pelayanan yang bersifat kuratif, pemerintah sejak tahun 2010 telah menyediakan anggaran untuk kesehatan yang bersifat preventif dan promotif. Besar anggaran tersebut di dasarkan pada tipikal daerah, akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Dana tersebut merupakan dana perbantuan dari pemerintah pusat untuk memandirikan masyarakat dalam peningkatan kesehatan, yang pelaksanaannya dilakukan oleh institusi kesehatan terdepan (puskesmas), yaitu dalam program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pada gambar berikut menunjukkan alokasi pembiayaan untuk program Bantuan Operasional Kesehatan yang terdistribusikan pada 21 puskesmas di Kabupaten Kepulauan Aru.



Gambar 5.8. Pemanfaatan Dana BOK tahun 2011
 Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Jumlah anggaran BOK yang diterima Rp. 4.660.080.000,- dan terealisasi di Kabupaten Kepulauan Aru sebesar Rp. 3.125.584.162.000,-. Yang pemanfaatan pembiayaan atau realisasi pembiayaan terbesar (96,91%) untuk perjalanan petugas puskesmas dan bidan desa. Kegiatan perjalanan yang dimaksudkan untuk pembelajaran pada masyarakat dalam bidang kesehatan dengan lingkup kehidupan yang sehat dan benar, yaitu penyuluhan dan pencarian penduduk terhadap penyakit degeneratif/ menular atau yang di anggap membahayakan lingkungan, merubah pola perilaku masyarakat dalam higiene sanitasi dan kegiatan penyuluhan pada UKS, pemberian immunisasi pada balita, penyuluhan KIA, pengawasan dan monitoring, untuk lebih terperinci pada tabel 5.21.

Sebagaimana pada tujuan BOK prioritas utama terletak pada indikator MDGs, yaitu KIA, Gizi, Immunisasi dan Kesehatan Lingkungan. Metode pelaksanaan yang diharapkan adalah pembelajaran pada masyarakat melalui posyandu atau fasilitator masyarakat. Dana tersebut langsung teralokasikan ke puskesmas sebagai garda terdepan masyarakat.

Tabel 5.20. Pemanfaatan pembiayaan BOK

Pemanfaatan Dana BOK	Rincian Anggaran (Rp)	Persen
BOK	3.125.584.162	
MA 2.2 Honorarium	22.450.000	0,72
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	22.450.000	0,72
MA 2.4 Bahan Non-Medis	4.685.622	0,15
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	4.685.622	0,15
MA 2.5 Perjalanan	3.029.064.872	96,91
PR 1.01 KIA	1.237.901.687	39,61
PR 1.02 Gizi	478.364.213	15,30
PR 1.03 Imunisasi	328.442.836	10,51
PR 1.10 Penyakit Menular Lain	322.896.924	10,33
PR 1.13 UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)	16.711.822	0,53
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	237.393.926	7,60
PR 1.16 Promosi Kesehatan	84.175.787	2,69
PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	146.832.705	4,70
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	79.144.972	2,53
PR 3.5 Pengawasan (Monitoring dan Supervisi)	97.200.000	3,11
MA 2.6 Akomodasi	69.383.668	2,22
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	69.383.668	2,22
Grand Total	3.125.584.162	100,00

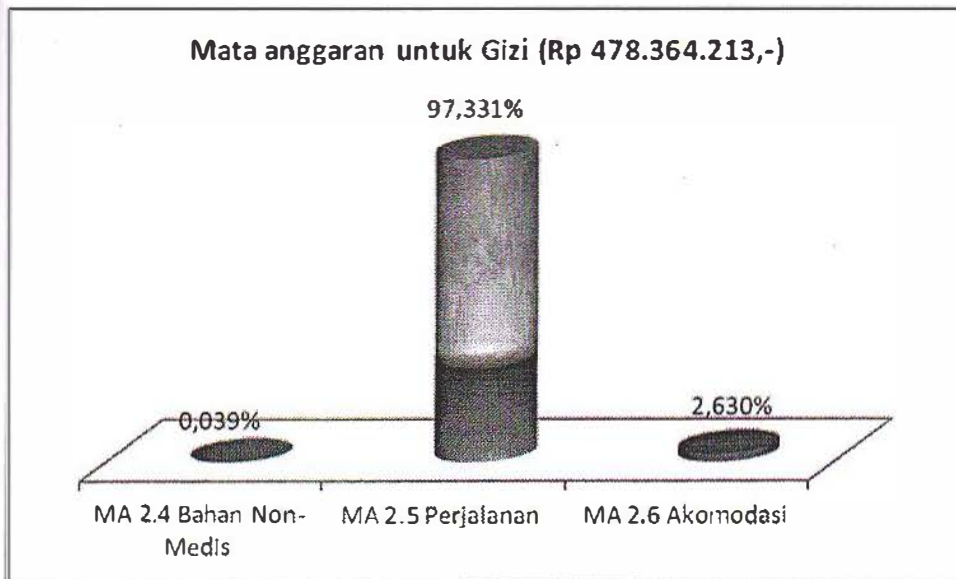
Sumber data : Dinas Kesehatan Kab Kepulauan Aru tahun 2011

Secara pemanfaatan biaya, struktur diatas adalah sesuai dengan petunjuk pelaksanaan yang di terbitkan oleh Kementerian Kesehatan dalam buku petunjuk teknis penggunaan anggaran BOK, dengan catatan bahwa biaya perjalanan (96,91%) dimanfaatkan bagi masyarakat dalam bentuk penyuluhan bukan kuratif. Dari data yang di dapatkan, alokasi pembiayaan terbesar pada program KIA (39,61%).

5.5. PETA PEMBIAYAAN BERDASARKAN MASALAH SPESIFIK

Sebagaimana pada bab terdahulu, dari hasil profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru tahun 2011 selain permasalahan TB paru, HIV-AIDS dan Malaria dalam mendukung MDGs 2015 masih terdapat permasalahan yang menjadi perhatian yaitu program gizi dan program kesehatan lingkungan.

Sumber pembiayaan program gizi didapatkan dari APBN melalui dana BOK, setelah di distribusikan dalam mata anggaran terlihat pada gambar sebagai berikut.



Gambar 5.9. Peta Pembiayaan MA Gizi tahun 2011
 Sumber Data : Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru th 2011

Mata anggaran untuk pembiayaan gizi yang merupakan program dalam mendongkrak atau menuju MDG's adalah program gizi yang teralokasikan sebesar Rp 478.364.213,- dengan distribusi kegiatan untuk perjalanan 97,33% , Akomodasi 2,63% dan pembelian bahan non medis 0.039%.

Sebagaimana yang tertulis dalam profil kesehatan kabupaten kepulauan Aru tahun 2011, dimana program kesehatan lingkungan merupakan program spesifik yang akan di lakukan sampai dengan tahun 2015. Dari data pembiayaan yang di kompilasi, jumlah biaya untuk program kesehatan lingkungan Rp. 244.843.926,- yang bersumber dari anggaran APBD Propinsi

Tabel 5.21. Peta Pembiayaan berdasarkan program/masalah kesehatan spesifik di kabupaten Kepulauan Aru (program kes.lingkungan)

Mata Anggaran	Alokasi	Persen (%)
MA 2.4 Bahan Non-Medis	50.000	0,02
MA 2.5 Perjalanan	243.593.926	99,49
MA 2.6 Akomodasi	1.200.000	0,49
Total	244.843.926	100,00

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa biaya perjalanan sebesar 99,49%, yang dimanfaatkan dalam rangka pembiayaan perjalanan dalam untuk peningkatan SDM (*capacity building*) dengan pelaksana kegiatan dinas kesehatan dan puskesmas.

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Kabupaten Kepulauan Aru merupakan dengan yang sebagian wilayah kerjanya merupakan *Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)*, yang terdiri dari 547 Pulau (Dimana 89 Pulau dihuni dan 458 Pulau tidak dihuni) dan memiliki 3 pulau besar (Pulau Wokam, Kobror dan Trangan), dan 8 Pulau diantaranya merupakan pulau kecil terluar.

Memperhatikan letak geografis, permasalahan kesehatan yang setiap tahun cenderung meningkat, jumlah penduduk yang relatif tersebar di beberapa pulau, serta pembiayaan kesehatan yang ada maka di simpulkan:

1. Alokasi pembiayaan dari global fund terbanyak dimanfaatkan untuk sektor manajerial masih menjadi dominan, yaitu
 - a. Penyakit TB, alokasi pembiayaan untuk akomodasi 43,34% dan perjalanan 41,73%.
 - b. Eliminasi malaria, pembiayaan untuk manajemen dan koordinasi sebesar 57,86%.
 - c. HIV-AIDS, pembiayaan untuk manajemen dan koordinasi sebesar 56.66%
2. Alokasi pembiayaan yang dimanfaatkan untuk kegiatan yang sifatnya program dalam mensukseskan MDG's 2015 atau program yang peruntukannya di manfaatkan oleh masyarakat masih cukup rendah di bandingkan program administrasi dan manajemen (34,17%), program kesehatan masyarakat tersebut antara lain :

a. Alokasi program KIA	2,55%
b. Alokasi Program Gizi	1,02 %
c. Alokasi Program imunisasi	0,66%
d. Alokasi Program TB	0,23%
e. Alokasi Program Malaria	0,39%
f. Alokasi Program HIV-AIDS	0,79%
g. Alokasi Program Kesling	0,49%

Dengan memperhatikan jumlah pembiayaan tersebut diatas maka perlu perbaikan dalam perencanaan berikut.

6.2. Saran

Dengan adanya studi District Health Account yang output dari studi ini selain mendapatkan informasi tentang pembiayaan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru juga terciptanya kelembagaan yang dipertegas dengan surat keputusan Bupati Kabupaten Kepulauan Aru. Dengan adanya kelembagaan tersebut diharapkan dapat berlangsung sebagaimana fungsinya dan dapat dilaksanakan secara berkesinambungan yaitu membuat pemetaan pembiayaan setiap tahun,selanjutnya dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan dalam perencanaan alokasi anggaran pembiayaan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru setiap tahun.

DAFTAR PUSTAKA

- 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 Sunaryadi, 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



BUPATI KEPULAUAN ARU

KEPUTUSAN BUPATI KEPULAUAN ARU

NOMOR : TAHUN 2012

TENTANG

**PEMBENTUKAN TIM TEKNIS
PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH
(DISTRICT HEALTH ACCOUNT)
DI KABUPATEN KEPULAUAN ARU
TAHUN 2012**

BUPATI KEPULAUAN ARU

- 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 internal SKPD Pengelola Anggaran Kesehatan maupun lintas sektoral;
 - b. bahwa Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District health Accounts) dalam prosesnya membutuhkan data dan informasi yang akurat secara lintas sektor;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Keputusan Bupati Kepulauan Aru tentang pembentukan Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan (District Health Accounts) di Kabupaten Kepulauan Aru.
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Seram Bagian Timur, Kabupaten Seram Bagian Barat dan Kabupaten Kepulauan Aru di Provinsi Maluku (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4350);

2. Undang-undang Nomor 27 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambalan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011, tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
4. 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 beberapa kali, 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);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Perataturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2006 tentang Jenis dan Bentuk Produk Hukum Daerah;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 16 Tahun 2006 tentang **Prosedur Penyusunan Produk Hukum Daerah**;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 7411MENKES/PERN11/2008 tentang **Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota**;
12. Peraturan Daerah Nomor 01 Tahun 2006 tentang **Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kabupaten Kepulauan Aru**;
13. Peraturan Daerah Nomor 02 Tahun 2012 tentang **Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kepulauan Aru**;
14. Peraturan Daerah Nomor 03 Tahun 2012 tentang **Tata Ruang Kabupaten Kepulauan Aru**.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :** **KEPUTUSAN BUPATI KEPULAUAN ARU TENTANG PEMBENTUKAN TIM TEKNIS PERHITUNGAN PEMBIAYAAN KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) DI KABUPATEN KEPULAUAN ARU TAHUN 2012.**
- Pertama :** Membentuk Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account) di Kabupaten Kabupaten Kepulauan Aru Tahun 2012 dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan.
- Kedua :** Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account) di Kabupaten Kepulauan Aru mempunyai tugas sebagai berikut.
1. Melakukan pengumpulan data dari berbagai sumber;
 2. Menghitung belanja kesehatan rumah tangga menggunakan data sensus nasional ;
 3. Melakukan entri data dengan Pivot Table (Excel) ;
 4. Menghasilkan tabel-tabel standar, interpretasi dan merumuskan rekomendasi dan ;
 5. Memberi masukan kepada para Pengambil Keputusan sesuai hasil analisis data DHA ;

- Ketiga : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Teknis Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account) di Kabupaten Kepulauan Aru bertanggung jawab kepada Bupati Kepulauan Aru.
- Keempat : Segala biaya yang timbul akibat ditetapkannya keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Kepulauan Aru yang pengalokasiannya dalam Dokumen Pelaksana Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru setiap Tahun Anggaran.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Dobo
Pada Tanggal : 27 Juli 2012



Plt. BUPATI KEPULAUAN ARU

UMAR DJABUMONA, S.Sos

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta.
2. Gubernur Maluku di Ambon.
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Maluku di Ambon.
4. Arsip.

LAMPIRAN : KEPUTUSAN BUPATI KEPULAUAN ARU
NOMOR : TAHUN 2012
TANGGAL : 27 JULI 2012
TENTANG : PEMBENTUKAN TIM TEKNIS PERHITUNGAN PEMBIAYAAN
KESEHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT) DI
KABUPATEN KEPULAUAN ARU TAHUN 2012.

1. PELINDUNG : Bupati Kepulauan Aru.
2. PENASEHAT : Sekretaris Daerah Kabupaten Kepulauan Aru.
3. PENANGUNG JAWAB : 1. Kepala BAPPEDA Kabupaten Kepulauan Aru.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Aru.
4. KETUA : Direktur RSUD Cendrawasih Dobo.
5. WAKIL KETUA : Kepala BPS Kabupaten Kepulauan Aru.
6. SEKRETARIS : Kepala Bidang Sosial Kemasyarakatan BAPPEDA
Kabupaten Kepulauan Aru.
7. ANGGOTA : 1. Kepala Sub Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan
Sosial BAPPEDA Kabupaten Kepulauan Aru.
2. Kepala Sub Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan
Kabupaten Kepulauan Aru.
3. Kepala Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan
Kabupaten Kepulauan Aru.
3. Staf Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan
Kabupaten Kepulauan Aru.
4. Staf Bagian Keuangan RSUD Cendrawasih Dobo.
5. Staf BPS Kabupaten Kepulauan Aru.

 PIt. BUPATI KEPULAUAN ARU

UMAR DJABUMONA, S.Sos

Dokumentasi DHA di Kabupaten Kepulauan Aru



Foto 1. Pertemuan dengan Stakeholder yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru



Foto 2. Kegiatan Lokakarya yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru



Foto 3. Paparan dari salah satu Stakeholder yang ada di Kabupaten Kepulauan Aru



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